ALLMÄNNA SVENSKA
LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN

UNDER MEDVERKAN AF

Prof. **E. Almquist**, Stockholm; Prof. **J. Borelius**, Lund; e. Prov.-läk. **C. Dahlborg**, Rimbo; 1:e prov.-läk. **N. Englund**, Vänersborg; 1:e stadsläk. **K. J. Gezelius**, Göteborg; Öfverläk. **H. Köster**, Göteborg; Prof. **O. Medin**, Stockholm; Öfverläk. **G. Naumann**, Göteborg; Öfverläk. **E. S. Perman**, Stockholm; Prof. **K. Petrén**, Uppsala; Öfverläk. **S. A. Pfannenstill**, Malmö; Stadsläk. **R. von Post**, Gäfle; Prof. **Frey Svenson**, Uppsala; f. Prov.-läk. **O. Söderbaum**, Sundsvall; Fördeln:släk. **O. Sörensen**, Jönköping; 1:e prov.-läk. **H. Sörman**, Malmö; Prof. **C. Wallis**, Stockholm; Prof. **K. A. Walter**, Göteborg,

UTGIFVEN OCH REDIGERAD AF

D:r KNUT KJELLBERG och **D:r HJALMAR FORSSNER**

STOCKHOLM

4:e ÅRGÅNGEN

1907



STOCKHOLM
SVENSKA BOKTRYCKERI-AKTIEBOLAGET
1907.

REGISTER.

Originalartiklar.

* betecknar Gäfleborgs—Dala läkare- och apotekareförenings förhandl.

Sid.

Alfvén, Andrew, Om förbättrad själfhjälp inom läkarkåren ... 449
Almquist, Ernst, Alphonse Laveran ... 914
Alrutz, Sidney, En algesimeter för kliniskt bruk ... 841
Ardell, M., Ett fall af höggradig difteritisk förlamning* ... 152

Bauer, Fritz, Appendiciten från praktisk synpunkt ... 465
Billström, Jakob, Från den internationella kursen i kriminalpsykologi och kriminalpsykiatri i Giessen... 857
Bjerner, Bror, Några ord om s. k. Rauhes Athmen med anledning af ett fall af trachealfistel ... 733
Bovin, Emil, Om bäckensnitt, spec. pubiotomi såsom förlossningsoperation ... 369, 385
Bäärnhielm, G., Prostatahypertrofiens behandling ... 825

Danielsson, Karl, Fall af akut morfinförgiftning ... 497

Englund, Nils, Farsotssjukvården på rikets landsbygd... 225, 310
» » Ett par nya metoder för desinfektion med formaldehydgas utan särskilda apparater ... 729
» » Förslaget till stadganden rörande rättsmedicinska undersökningar ... 937

Forsmark, Ernst, Om exstirpation af tårsäcken ... 129
Forssell, Gösta, Den svenska läkarutbildningens förbättrande genom en tids obligatorisk tjänstgöring som underläkare före legitimationens erhållande 49
Forssner, Hj., Om salpingo-oophoritens behandling ... 97

af **Geijerstam**, Emanuel, Otto G. Wetterstrand ... 815
Gröné, Otto, Om pyelonephritis gravidarum et puerpurarum ... 1
» » Om artificiell utvidgning af modermunnen vid förlossning ... 633, 649

Haglund, Patrik, Skoliosfrågan från icke-specialistens synpunkt 273, 337, 353
Hammar, J. Aug., Nyare forskningsresultat och forskningsuppgifter rörande thymuskörteln ... 513

Sid.

Holmgren, Israel, Specifika läkemedel af bakteriellt ursprung mot lungtuberkulos 65

Josefson, Arnold, Anmärkning mot pantsättning och försäljning af begagnade säng- och gångkläder... 537

Kinberg, Olof, Om fängelseläkarnas rättspsykiatriska sakkunskap (se nedan under sinnessjukvården)........ 193

Landelius, E., Om diabetes mellitus' kirurgiska komplikationer och förhållande till operationer*........... 81, 116 *a**)
» » Ett fall af flexur-adhärens (Gersuny)* 161
Laveran, Alphonse, Föredrag hållet i Vetenskapsakademien d. 11 december 1907 929
Lindström, Erik, Trenne fall af tarminvagination* 177

Möller, Magnus, Om sexuell uppfostran 601, 617
» » Är en gonorrékontroll möjlig 665, 681

Nordström, Paul G., Auroform, en ny desinfektionsvätska i stället för den tyska lysoform 39
Norrlin, Lennart, Några ord om transitorisk förekomst af ägghvita i urin i anslutning till ett fall af s. k. cyklisk albuminuri........ 417

Petersson, Alfred, Om leukocyternas bakteriedödande förmåga 553
Petrén, Alfred, Några reflexioner med anledning af Medicinalstyrelsens senaste beslut i familjevårdsfrågan (se nedan under sinnessjukvården) 797, 901
Pfannenstill, S. A., Om kronisk appendicit och dess betydelse från medicinsk, praktisk synpunkt 479

Quensel, Ulrik, Den experimentella kancerforskningen 17, 34

Stéenhoff, G., Från den andra internationella kongressen för skolhygien i London 713
Sundqvist, M., Om Worths behandling af skelögdhet 241, 257
Söderberg, Pontus, Några reflexioner med anledning af vissa delar i det betänkande, som kommittén för verkställande af revision af de för rättsmedicinska undersökningar gällande stadganden till Kungl. Maj:t afgifvit 873, 889
Söderholm, Ivar, Pylorusstenos, behandlad med thiosinamininjektioner 897

Törnell, Gottfrid, Om trycket i skolböcker 145
» » Om folkskoleläkares instruktion och aflöningsförhållanden 586

Wernstedt, Wilhelm, Några ord om »Mjölkdroppe»-rörelsen och den 2:a internationella mjölkdroppekongressen i Brüssel sept. 1907 916

*) se rättelser sid. VII.

Sid.
Wickman, Ivar, Om den s. k. akuta poliomyelitens utbredningssätt ... 569
Wåhlin, William, Önskemål ang. de militära sjukhusen ... 164
Åkerblom, N. V., Ett fall af tidig operation för klufven gom med efterföljande harläppsoperation ... 761
Åkerman, J., Om traumatisk neuros ur synpunkten af ersättning af olycksfall i arbete ... 809

Anmälningar och referat.

Ahlberg, Karl, Den svenska farmaciens historia ... 853
Dind, Le coaltar, mode d'application, résultats therapeutiques ... 457
Frænkel, Albert, Zur Behandlung der Pneumonie ... 528
v. Matérn, H., Om späda barns uppfödande med komjölk ... 57
Schmidt, A., Ueber die Behandlung des Magengeschwürs ... 540, 575
Svenson, Frey, Lärobok i sinnessjukvård ... 943
Toll, Hugo, Några ord om sjukvårdens principer ... 803
Widal, F. & Javal, A., La cure de dechloruration ... 323
Wide, Anders, Bad och kroppsöfningar ... 169
Widerström, Karolina, Upplysningar för unga kvinnor ... 740

Praktiska notiser.

Almkvist, Johan, Om användandet af steril pasta vid sondering, 150, 262
» » Ett steriliserbart katheter-etui ... 948
Bergman, P., Några ord med anledning af ett fall af santoninförgiftning ... 771
Josefson, Arnold, Till förebyggande af olyckshändelser ... 769
Konow, J., Sjuktransportvagnar på statsbanorna ... 591, 455, 750
Moberg, Ludvig, Om användandet af steril pasta vid sondering 252, 301
Nordlund, Johan, Beriktigande af d:r J. Konows uppsats ... 591
Selander, Edv., Om antidifteriserum ... 848

Förhandlingar och mötesreferat.

Allmänna sv. läkarföreningens förhandlingar ... 139, 140, 360, 426
A.-B. Läkartidningens styrelseberättelse ... 332
Från läkarmötet i Sundsvall (program 347), 465, 479, ... 527
Meddelande från styrelsen för extra- och biträdande provinsialläkarnas ömsesidighetsförening ... 704
Protokoll vid Norrbottens läkarförenings sammanträde 14 sept. 07 849
Psykiatriska föreningens årsmöte i Uppsala 7—8 juni 07 777, 837, 870, 908
Alfsborgs och Skaraborgs läkarförenings sammanträde i Alingsås 707
Svenska stadsläkarföreningen ... 625, 645
Bilaga till n:o 44: »Svenska Prov.-läkarföreningens cirkulär», innehållande Sundsvallsmötets förhandlingar med särskild paginering och särskildt register.
Se ofvan: Billström, Stéenhoff, Wernstedt.

Medicinska yrkesfrågor.

Sid.

Administrativa frågor.

Medicinalstyrelsens omorganisation 435, 726, 943
Tuberkuloskommitténs betänkande och förslag 745
Prov.-läk.-distriktens omreglering 695, 710, 741
Apoteksväsendet (från riksdagen) 154, 887
Förlust af venia practicandi (riksdagsmotion) 305, 949
När är en afskedsbeviljad prov.-läk. fri från tjänsten? 595
Järnvägsläkare 269, 836
Postläkare 189
Farsotssjukvården på rikets landsbygd 225, 310
Sundsvalls hälsovårdsnämnd kontra »homöopaten» Axell 363

Epidemiöfversikter.

Halfmånadsrapporter 32, 48, 128 b, 160, 192, 240, 272, 336, 367, 384. 448, 464, 536, 552, 584, 632, 664, 744, 776, 808, 823, 856, 912, 952
Kvartalsrapporter 64, 368, 600, 824,
1902—1906 143

Extra prov.-läk.-frågan.

Pensionering (kommittéförslag) 700
Ex. prov.-läk.-tj:n i Lima 361, 490, 566, 580, 774
Ex. prov.-läk.-tj:n i Arvidsjaur 266, 331, 494, 547
En ex. prov.-läk.-utnämning inför K. Maj:t 395

Fältläkarkårens omorganisation.

Riksdagsmotion 401, 949
Föredrag af Kurt Rinman 403
Föredrag af William Wåhlin 164
Uttalanden af J. Borelius 444, J. Hammar 460, K. Petrén 485, S. Ribbing 486, A. Gullström, ... 545, 486.
Sv. mil.-läk.-föreningens uttalande 594

Militärläkarbanan.

A. Gullström .... 11, 142, F. Ask 43, 187, F. V. Asklin 766, 836
insändt 12, 170, 411, 413, 487, 489, 507, 548, 628

Pension, provinsialläkares.

Frågan vid riksdagen 221, 253
Kommittéförslag 697
Den nya pensionslagen 722, 941
insändt 27, 76, 172, 220, 268, 269, 362, 492, Schwieler 661

Rättsmedicinska undersökningar.

Kommittéförslag 844
P. Söderberg 873, 889, N. Englund 937

Sinnessjukvården.

Familjevård, A. Petrén 797, 901, G. Schuldheis 867, E. Göransson 899
Hosp.-läkarnes löner (från riksdagen) .... 124 b*)

---

*) se rättelser nästa sida.

Sid.
Fängelseläkare och rättspsykiatri 188, O. Kinberg, 193, 378, G. Schuldheis 236, Frey Svenson 376, insändt 328, 330
Psykiatriska föreningens årsmöte 777, 837, 870, 908
Gadelius, B., Öppet bref till prof. Henschen .... 113 b*)
Henschen, S., Svar till prof. Gadelius .... 117 b*)
Från redaktionen 123 b, 186, 495, insändt 183, F. Berglund 185

Stipendiater, militära och civila.

Fältl.-stip:rnas anställning och rang 565
Civ.-stip:r, extra läkares dagtraktamente 613
Mil. och civ.-stip:rs tjänstårsrätt 838
insändt 350

Studieväsendet, universiteten.

Den nya stadgan ang. medicinska examina 818
Det praktiska året .... Forssell 97, förslag 953
D:r Övertons kallelse till professur i Lund 95, 175, 344, 501

Taxefrågor o. d.

Aflöningskonflikt vid sjukstuga 265
Läkarne och sjukkassorna (kommittébetänkande) 287
Arvode för intyg 189, 821
Prov.-läk.-taxan, Schwieler 661, Nyblin 709, J. Åberg 772, Nordenadler .... 610, 738, 889, Rodling 946
Minimitaxa: Kalmar läns läk.-fgs 580; Stockholms läns läk.-fgs ... 59
insändt 78
Kommunala läkarearvoden 906

Våra dödsberis 756
Genmäle från D:r N. A. Nilsson 42
Huru förbättra skyddskoppympningen med animal vaccin? 25
Svenskarne och Cuba .... 125 a*)

Rättelser:

Häftet n:r 8 är *felpagineradt*, så att sidnumren 113—128 där förekomma för andra gången; i anledning häraf har i registret dessa sidonummer fått tillägget a, då n:r 7 afses, och tillägget b, då n:r 8 afses.

sid. 266, 18 rad. nedifr. står noga, läs *vaga*.
sid. 252, 12 » » står (39 %), läs (*3* %).
sid. 384, epidemiöfversikten gäller för tiden *16—30* april.
sid. 905, 8 rad. nedifr. står inom, läs *som* inom.
sid. 500, 16 » » står 0,3 gm., läs *6*,3 gm.
sid. 58, 7 » uppifr. står viktiga, läs *riktiga*.
sid. 58, 17 » » står betydligt, läs *o*betydligt.

---

*) se nedan rättelser!

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 4 januari 1907.

4:e årg.	Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER.	N:o 1.

Innehåll: OTTO GRÖNÉ: Om pyelonephritis gravidarum et puerperarum. — Om militärläkarebanan. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser. — 13:e allm. sv. läkarmötet.

Från Malmö Allmänna sjukhus.

Om pyelonephritis gravidarum et puerperarum[1]).

Af

Otto Gröné.

Att tala om denna pyelonephritform för sig och gifva den ett särskildt namn kan motiveras *dels* af den prædisponerande betydelse som grossessen har för uppkomsten af pyelonephrit *dels* af den afvikelse i sjukdomens förlopp och behandling från det vanliga, som blir en följd af sammanträffandet af dessa båda tillstånd. Det är först på allra sista åren, som man ägnat denna kombination af pyelit med graviditet någon vidare uppmärksamhet. Visserligen har ett och annat fall synts i litteraturen, men ha dessa snart fallit i glömska. Reblaub är den förste, som egentligen fäst uppmärksamheten på graviditetspyelonephriterna, då han på franska kirurgkongressen 1892 meddelade en del hithörande fall. I den tyska litteraturen har Opitz först mera ingående studerat och beskrifvit sjukdomen i fråga; han ger i festskriften för Olshausen 1905[2]) en monografisk framställning häraf, i hvilken han jämte sina egna ej lyckats ur litteraturen samla mer än 84 säkra fall. I läro- och handböckerna finner man knappast någonting om graviditetspyelonephrit. Sjukdomen synes dock ej vara säll-

[1]) Föredrag i Malmö läkareförening den 15 nov. 1906.

[2]) Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynæk. Bd LV med utförlig litteraturförteckning.

synt. Jag har därför trott det kunna påräkna något intresse, att här i läkarföreningen lämna en beskrifning på densamma och vill jag samtidigt nämna om ett och annat från de 10 fall, som vi varit i tillfälle att iakttaga här å sjukhuset under sista åren.

Man kan lämpligen med Opitz skilja på 3 grupper bland graviditetspyelonephriterna:

1) sådana, som äro exacerbationer af en redan förut bestående pyelonephrit, som någon tid varit latent; 2) pyelonephriter, som uppstå under graviditet i förut friska urinvägar; 3) pyelonephriter, som uppkomma först i puerperiet.

Den yttersta *orsaken* är liksom vid pyeliter i allmänhet infektion med bakterier. Den bakterieart, som man oftast och hufvudsakligast påträffar i pyelit-urin, är bacterium coli commune; man har därför också hittills ansett denna bakterie såsom det vanligaste upphofvet till sjukdomen i fråga. Ett nytt uppslag i denna fråga har Baisch helt nyligen gifvit. Genom undersökningar af urin vid cystiter har B. visat, att denna de allra första dagarna efter inflammationens början innehåller icke bact. coli utan framför allt staphylococcer, sällan streptococcer; först längre fram i sjukdomen kommer bact. coli så godt som regelbundet till. Den behärskar sedan bakteriefloran, fastän den då enligt B:s åsikt endast spelar rollen af en parasit. Djurförsök synas ock ha ådagalagt, att en verklig inflammation i de allra flesta fall åstadkommes af staphylococcer el. streptococcer, men icke af bact. coli.

Den stora frekvensen af pyelonephriter i samband med graviditet gör att man à priori har skäl att antaga, att graviditeten kan spela en prædisponerande roll för uppkomsten af pyelonephrit. Så är i själfva verket också förhållandet. Såsom dylika prædisponerande moment i graviditeten ha vi att nämna *dels* benägenhet för urinstagnation, som är en följd af graviditetsförändringarna i bukens organ, *dels* den rikliga blodtillförseln till organen i bukhålans nedre del.

Hvad först *urinstagnationen* beträffar, är den en följd af kompression af uretererna, som den förstorade lifmodern och under sista månaderna af grossessen äfven föregående fosterdel åstadkommer genom tryck på bäckendelen af uretererna. Till följd af denna kompression får urinen svårare att tömma sig, stagnerar därför och åstadkommer en dilatation af den del af uretererna, som ligger ofvanom bäckeningången. Dilatationen ökar å sin sida stasen och vi äro inne i en »circulus vitiosus». Vid sektioner har man faktiskt kunnat konstatera en dylik dilatation af uretererna ofvanför lilla bäckenet hos de allra flesta gravida, icke endast vid eklampsie, där ju Halbertsma

tillskrifvit denna dilatation ætiologisk betydelse. Ofta är dilatationen ensidig och i så fall nästan alltid högersidig. Så godt som alla författare äro ense om dessa förändringar i uretererna och deras ætiologiska betydelse. Vidare är man ock ense om, att det är den gravida uterus med sitt innehåll, som komprimerar uretererna mot bäckenranden, hvilken utgör gränsen mellan det dilaterade och icke dilaterade stycket af urinledarna. Däremot äro meningarna delade om, hvarför dilatationen på högra sidan är vanligast. Somliga anse det bero därpå, att den gravida uterus så ofta ligger öfver något åt höger sida, ett faktum, som jag ej nu har anledning gå närmare in på. Andra anse det stå i samband därmed, att högra ureteren ligger mera lateralt än den vänstra och därför ej blir så skyddad genom promontorium för tryck från uterus.

Utom denna kompression af uretererna har Gessner påpekat ett annat moment, som under sista delen af grossessen kan bidraga till urinstagnation i uretererna. Urinblåsan drages nämligen då uppåt af den förstorade uterus; härigenom kommer en tänjning och eventuellt en »afknickning» af uretererna till stånd med åtföljande svårighet för urinen att tömma sig. — Sålunda finna vi att graviditeten i hög grad prædisponerar för urinstagnation i öfre delen af urinvägarna. Att urinstas spelar en stor roll för uppkomsten af infektion i urinvägarna, är alltför bekant för att behöfva vidare påpekas här.

Såsom en annan graviditetsförändring af prædisponerande betydelse nämnde vi *blodöfverfyllnaden* i bäckenorganen. Den är dock ej begränsad endast till lilla bäckenet utan sträcker sig äfven upp i ureterer och njurar. En följd däraf blir, att slemhinnan icke blott i blåsan, utan äfven i ureterer och njurbäcken sväller an och blir lucker, hvarigenom infektionsämnen få lättare att sätta sig fast.

De *vägar*, på hvilka *infektionsämnena* nå njure och njurbäcken, äro i hufvudsak tvänne: 1) från blåsan uppstigande infektion och 2) infektion genom blodvägarna. Opitz och i allmänhet tyskarna anse den förra vara den viktigaste och så godt som den enda, som kommer i fråga. Han framhåller härvidlag först, hur lätt kvinnor i allmänhet ha att ådraga sig cystit; både Olshausen och han ha t. ex. lagt märke till, hur cystitpatienter hopa sig på mottagningarna efter blåsigt och regnigt väder; underlifvet blir då lätt afkylt, hvarför efteråt följer en blodöfverfyllnad i underlifvet, hvilken i hög grad underlättar en bakterieinvasion. Inträffar sådant i allmänhet, så har det så mycket lättare att ske under grossessen. F. ö. anser Opitz det otvifvelaktigt, att det kan finnas infektionsämnen i blåsan utan att framkalla cystitsymptom; det är t. ex. bekant att

en abscess från omgifningen kan bryta in i blåsan, utan att cystitsymptom uppträder. Att vid närvaron af infektionsämnen i blåsan med eller utan cystitsymtom, man med de nämnda prædisponerande momenten i grossessen har lätt att få en pyelit genom uppstigande infektion, förstås utan vidare. Såsom framkallande moment nämnas förkylning, dietfel och öfveransträngning.

Äfven i puerperiet är enligt Opitz den ascenderande pyelonephriten vanligast. Dilatationen af uretererna kvarstår; de genom förlossningen läderade väfnaderna göra det lätt för infektionsämnen att tränga in. Svårigheten eller oförmågan att kasta urin, så att tappning måste företagas, är också af stor ætiologisk betydelse för pyeliter i puerperiet. Slutligen lämnar det starkt bakteriehaltiga lochialsekretet en lätt tillgång på bakterier.

Fransmännen (t. ex. Guyon, Legueu m. fl.) företräda i allmänhet den andra åsikten om infektionens uppkomst, nämligen att infektionsämnena tillföras njurarna genom blodet. De tänka sig uppkomsten ungefär på följande sätt. Sjukdomen börjar ofta med digestionsrubbningar af ett eller annat slag, diarré, förstoppning etc.; dessa s. k. troubles gastrointesinaux anse de ha stor betydelse, ty härvid, mena de, öfvergå tarmbakterier, speciellt bact. coli, i blodet och föras så till urinvägarna, där hyperæmien och dilatationen af uretererna med däraf följande urinstas förberedt jordmånen. Bakterier kunna ock från andra håll komma in i blodet t. ex. från angina, karbunklar, panaritier etc. De täta och smärtsamma urinträngningarna äro enligt denna uppfattning endast att anse såsom reflex från njurarna.

Komma vi så till *symptomen* och det *kliniska förloppet* vid pyelonephritis gravidarum. Jag skall då be att först få relatera ett konkret, tämligen typiskt fall af ifrågavarande sjukdom, det svåraste fall vi varit i tillfälle iakttaga.

D. K., ogift, 20 år, från Malmö. Ink. den 30 dec. 1903, utskr. 16 febr. 1904.

0-para; sista menstr. strax före midsommar 1903, alltid förut god hälsa, särskildt inga mag-tarmaffektioner och inga täta trängningar till urinering. Efter att ha känt sig frisk som förut, insjuknade hon juldagen (25 dec.) vid 11-tiden på kvällen häftigt med våldsam frosskakning och synnerligen intensiva smärtor rundt om buken, mest i höger sida och bortåt lumbalregionen; smärtorna höllo i hela natten och voro tidtals så svåra, att hon ej kunde ligga stilla utan kastade sig af och an i sängen. Inga kräkningar el. uppstötningar; ingen gas-

afgång under natten; inga trängningar till urinering; under annandagen fortforo smärtorna, fastän något mindre än förut; hade flera mindre kräkningar; på middagen började täta trängningar till urinering, hvar till hvarannan timma, samt någon sveda vid urinkastningen.

Följande dag 27 dec. tilltogo trängningarna, urinen blef tjock och grumlig. 28 dec. oafbrutet trängningar och blodfärgad urin; svår värk bortåt h. lumbalregion. Den 29 dec. tillståndet ung. detsamma. Behandlades af läkare med V. V. O. och mȯ.

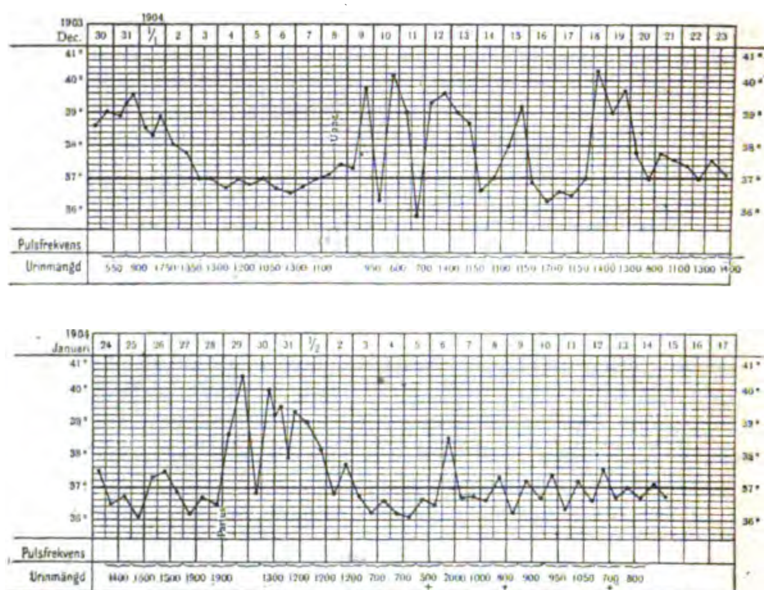
St. pr. 30 dec. vid ink. Smärtor, särskildt vid rörelser, i h. lumbalregion. Allmäntillståndet starkt påverkadt, cyanotisk ansiktsfärg; påskyndad, ytlig, costal resp., frekvens 34 i min. T = 38,5°; P. = 108. Buken stor och i sin helhet uppdrifven, öfverallt spänd äfven i epigastr.; uterus når 2 ctm. ofvan nafveln, ligger öfver åt höger något; muskelspänningen mera uttalad å höger sida af buken än å vänster. Ingen ömhet för tryck å vänstra sida el. i epigastr., men småningom tilltagande åt höger sida lateralt om spin. il. ant. sup. och starkast i bakre axillarliniens förlängning nedåt, där den är mycket intensiv (pat. hoppar till vid bara lätt beröring här). Perk.-tonen något kortare å h. sida än å vänster. Lefverdämpningen förminskad; tarmton c. 4 ctm. ofvan bröstkorgsranden. Urinen rödbrun, starkt grumlig, sur, utan elak lukt; innehåller 2 ‰ alb.; i sedimentet talrika röda blodkr., leukocyter och varkroppar; rikl. med degenererade epithelceller af olika form; korniga o. hyalina cylindrar i ej ringa mängd.

Behandl. Thermophor, diet, salol.

I början rådde mycket stor tvekan om diagnosen i detta fall; efter en kortare tids noggrann observation kunde den dock fixeras till pyeronphritis, som ju också besannades genom det följande typiska förloppet. Se tp. kurvan! Efter 2 dygn stiger urinmängden, pat. blir afebril och alla symptomen förbättras, Pat. känner sig nu fullt kry en veckas tid; därefter en ny frysning med upprepande af samma symptom som förra gången, dock lindrigare. Efter upprepade remissioner och exacerbationer af sjukdomen inträder partus spontant en månad efter ink., c. 6 veckor för tidigt. Omedelbart i puerperiet en kraftig exacerbation af pyelitsymptomen, som därefter varaktigt försvinna.

Söka vi ur det nu relaterade fallet framleta det karakteristiska för pyelonephrit, ha vi först att nämna det aukta insjuknandet med frosskakning och smärtor i ena njurtrakten och längs motsvarande ureter. Detta är en mycket vanlig början af sjukdomen, som ofta på grund af yttre skadliga in-

flytelser (förkylning, dietfel, sätter in med frekventa och särskildt mot slutet smärtsamma urineringar. Dessa subjektiva besvär ökas, urinmängden minskas samtidigt som temperaturen springer ganska högt upp, under det pulsen håller sig relativt låg (mot en temperatur på 40° svarar i allmänhet en pulsfrekvens på 100). Urinens sp. vikt minskas med urinmängdens och är lägst vid minsta urinmängd, alltså vid de svåraste symptomen. Allmäntillståndet är tämligen starkt påverkadt; afföringen är trög. Under växlande feber, ofta med skarpa spetsar och upprepade frysningar kvarstår samma tillstånd flera dagar. Under



betydlig ökning af urinmängden inträder så en längre eller kortare tids förbättring.

De lokala symptomen från buken kunna såsom i det nu relaterade fallet vara ganska stormande med betydlig meteorism, utan afgång af fæces eller flatus, kräkningar, ökad muskelspänning, särskildt å den sidan, hvars njure är den angripna, betydlig ömhet öfver den sjuka njuren och tillhörande ureter. Palpationen af buken försvåras i allmänhet i hög grad af den förstorade uterus, dock torde man alltid kunna påvisa ömhet öfver ena eller båda njurtrakterna samt merendels också längs ureterens förlopp.

Urinen är oftast redan 1:a dygnet väsentligen förändrad.

Redan vid uttömmandet är den jämt grumlig; den klarnar ej, om den får stå, men kan afsätta en större eller mindre bottensats. Reaktionen är sur; albumin så godt som alltid tillstädes, till mängden växlande, dock i allmänhet endast sparsamt. I sedimentet rikligt med epithelceller af olika form, polygonala, päronformiga o. s. v.; vidare många varkroppar och hvita blodkroppar samt vanligen röda blodkroppar i växlande mängd. Cylindrar af olika slag äro tillstädes, såvida njursubstansen deltager i sjukdomsprocessen, hvilket ej alltid är fallet. Ibland kunna förändringarna i urinen vara helt obetydliga; någon bestämd proportion mellan varmängden i urinen och sjukdomens intensitet finnes ej; det finnes fall publicerade med nästan klar urin och mycket svåra symptom för öfrigt.

Sjukdomen börjar ej alltid så akut som nu beskrifvits; den kan ock sätta in mera smygande, så att pat. ej kan angifva en bestämd början. Mattighet, hufvudvärk och illamående äro i början förhärskande; därtill komma så blåsbesvär med smärtsamma trängningar och smärtor uppåt njurtrakterna. Urinen innehåller var och spår alb. Temperaturen stiger så småningom och frysningar förekomma i allmänhet ej hos dylika fall. Ibland förekommer ingen feber alls.

Beträffande förloppet af sjukdomen förtjänar särskildt framhållas det gynnsamma inflytande, som själfva förlossningen har, i det i de allra flesta fall en afgjord förbättring inträder i och med förlossningen.

Förstföderskor träffas relativt oftare af pyelonephrit i graviditeten än omföderskor. Opitz uppger att af 69 fall voro 32 förtsföderskor och 34 omföderskor; på 3 saknas uppgift. Sjukdomen börjar vanligen i 5—7 graviditetsmånaden; är nästan alltid ensidig och såsom redan nämnts i de flesta fall högersidig. Opitz uppger att af 63 fall 50 voro högersidiga.

Granska vi våra 10 fall i dessa afseenden, finna vi att 8 äro förstföderskor och 2 omföderskor. Hos 2 pat. uppträdde sjukdomen i 5:e grav.-mån.; hos 3 i 6:e, 1 i 7:e, 1 i 8:e och 1 i 9:e grav.-mån.; hos 2 först i puerperiet. I 7 fall var pyelonephriten högersidig, i två vänstersidig; å en saknas uppgift.

Prognosen bör sättas med försiktighet; mors inträder visserligen ytterst sällan i omedelbar anslutning till första attacken af sjukdomen. Men mycket ofta, kanske t. o. m. i flertalet fall, inträder endast en skenbar hälsa, i det sjukdomen fortfar i ett latent stadium, för att sedan af ena eller andra anledningen framträda på nytt med svåra symptom. Ofta inträder ett dylikt latent stadium först efter förlossningen. Fullständig och varaktig hälsa kan dock inträda äfven efter en svår sjukdom, men i ungefär hälften af alla fallen uteblir fullständig

hälsa och sjukdomen kan förr eller senare genom upprepade exacerbationer bidraga till för tidig död. Prognosen för fostren är ock sämre än normalt; i många fall inträffar nämligen för tidig förlossning. — I våra fall voro 2 foster fullgångna; 4 föddes 5—6 veckor för tidigt, af dem 3 lefvande, 1 (= acephalus) dödfödt. På 4 pat., som vårdats för pyelonephrit ganska tidigt i grossessen och så blifvit bättre, saknas uppgift om förlossningen.

Diagnosen af pyelonephrit i graviditeten torde i enkla, typiska fall ej vålla några särskilda svårigheter, om man blott har tanken riktad på ifrågavarande sjukdom. Urinens beskaffenhet är det säkraste och mest karakteristiska symptomet och det som i tvifvelaktiga fall får fälla utslaget. Öfriga symptom, som kunna leda tanken i den rätta riktningen äro: 1) frekventa och smärtsamma urineringar; 2) frysningar med hög feber och den i förhållande härtill låga pulsfrekvensen (tp-kurvan, om man har tillfälle att se en sådan, har ju i regeln ett typiskt utseende); 3) smärtornas lokalisation och art samt 4) ömhet öfver ena njurtrakten och motsvarande ureters förlopp.

Å andra sidan är det klart, att mindre typiska fall kunna vålla svårigheter med diagnosen; särskildt är det akuta bukfall, som i sjukdomens början kunna ge anledning till förväxling. Såsom lärorika exempel på feldiagnos skall jag be att få relatera 2 af våra fall. Det ena uppfattades vid inkomsten såsom appendicit och opererades. Fallet är i korthet följande:

J. H, ogift, 22 år, från Malmö, ink. den 4 nov. 1905, utskr. den 30 nov. 1905.

Sedan flera år tillbaka ofta haft plötsligt påkommande håll i höger sida af buken, som fort gått öfver. Eljest förut frisk. Sista menstr. 24 juni 05. Den 31 okt. och 1 nov. kände pat. då och då knip i buken utan bestämd lokalisation, kände sig illamående och hade ett par kräkningar; 2 nov. tilltogo smärtorna och lokaliserade sig till höger sida af buken; på e. m. frosskakning och fortf. kräkningar, gick till sängs; 3 nov. på e. m., afför., som hon förut ej haft sedan 29 okt.; 4 nov. kräkningar och smärtor fortsätta, ink. å sjukhuset på e. m.

St. pr. vid ink. Kontinuerliga smärtor i höger sida af buken, allm. utseendet något medtaget, tungan torr, något belagd. P. = 108, regelb., teml. full; Tp. 38,9°; R, costal, påskyndad. Urin sp. alb. ej klar.

— Buken uppdrifven, uterus når nästan till nafveln. Pat. markerar ömhet i såväl vänstra som högra reg. iliac, dock mest i den senare, muskelspänningen ökad å båda reg. iliac,

dock betydligt mer i höger sida. Ingen resistens här palpabel. Per. rectum et vaginam intet särskildt anmärkningsvärdt.

På grund af de svåra symptomen från buken var det omöjligt att utesluta en appendicitperitonit; laparatomie gjordes därför strax efter inkomsten. Vid op. påträffades en i det hela tämligen normal appendix. Den låg i hela sin längd intimt fastväxt vid coecum, i midten något ansvälld, den innehöll en del slemmigt tarminnehåll och flera oxyuris, slemhinnan visade rikligt med blödningar. För öfrigt vid op. intet anmärkningsvärdt.

Det följande förloppet klarade emellertid snart upp fallet. Smärtorna i höger sida af buken fortsatte nämligen de följande dagarna, likaså kräkningarna, tp. steg på 2:a dagen efter op. till 39.8°, pat. klagade först nu öfver smärtsamma och täta urinträngningar, urinen grumlig, utan elak lukt, innehöll i sedimentet rikligt med varceller och epitelceller samt enstaka korniga och hyalina cylindrar. Diagnosen pyelonephrit var nu lätt att ställa. Under intern behandling med mjölkdiet, vichyvatten, salol och urotropin förbättrades pat. snart. Hon utskrefs frisk den 30 nov. och har sedan ej afhörts.

En dylik förväxling af pyelonephrit med appendicit ligger ju så mycket närmare till hands, som de högersidiga pyelonephriterna äro vanligast. I litteraturen finnas flera sådana fall omnämnda. Opitz omtalar 4 dylika fall, som likaledes opererats för appendicit.

Det andra exemplet på feldiagnos bland våra fall är följande, som först inskickades till epidemisjukhuset såsom tyfoidfeber.

H. K., 28-årig hustru, gravid för första gången, sista menstr. i slutet af juni 1904, ink. 3 febr. 05. I c:a 3 veckor hade hon varit sjuk med feber och upprepade frysningar samt smärtor uppåt vänster sida åt länden. Taget blodprof gaf misstänkt utslag vid Vidal:s reaktion, hvarför pat. intogs å epidemisjukhuset. Vid inkomsten dit var hon emellertid feberfri och fick efter några dagar åter komma hem. Några dagar efter hemkomsten sjuknade hon ånyo med samma symptom som förut. Hon inskickades då till allmänna sjukhuset. Buken hade sista dagarna ökats kolossalt i omfång. Just vid inkomsten å sjukhuset, innan någon undersökning hann göras, brusto hinnorna och en mängd fostervatten afgick (Hydramnion). Värkar inställde sig nu och förlossningen afslutades spontant några timmar senare. Fostret, som var 2 mån. för tidigt födt, var en acephalus och vägde 1,500 gm. Efterblödning våldsam. Koksalt och kamfer samt extr. sec. corn. subk. Pat. hade ingen feber vid ink., men fick följande

dagarna. Urineringarna hade under hela sjukdomen varit frekventa, men ej smärtsamma. Urinen var grumlig, makroskopiskt blodhaltig, sur reaktion, sp. alb., ingen elak lukt. I sedimentet hvita och röda blodkroppar samt epithelceller och korniga cylindrar. Ömhet öfver vänster njure och ureter. Förloppet efteråt utan väsentlig anmärkning.

Pat. hade alltså nu otvifvelaktigt en vänstersidig pyelonephrit; säkerligen har samma sjukdom varit orsaken till pat:s symtom under de närmast föregående veckorna.

Till slut några ord om *behandlingen.* Man har att skilja på den interna eller medikamentösa behandlingen, den obstetriska och den kirurgiska. Den interna behandlingen är i det hela enkel och ganska tacksam. Vi ha förut framhållit hvilken väsentlig betydelse för uppkomsten af graviditetspyelonephrit urinstagnationen har; att söka häfva eller minska denna blir behandlingens första uppgift. Enklast sker detta genom att bringa pat. i ett sådant läge, att det tryck, som den gravida uterus utöfvar på uretererna upphäfves. Oftast är vanligt sängläge tillräckligt, då uterus härvid ej sjunker så djupt ned i bäckenet, som vid upprätt ställning. Man kan öka den afsedda effekten genom att höja fotändan på sängen eller genom att placera pat. i sidoläge, på motsatt sida mot den angripna. För öfrigt tillgriper man den vanliga pyelit-behandlingen med mjölkdiet, riklig vätsketillförsel, lämpligen något mineralvatten samt något urindesinficiens såsom salol, urotropin eller helmitol. Värme i en eller annan form (gröt, thermophor v. v. o. etc.) på njur- och blåstrakten lindra de subjektiva obehagen betydligt. Narcotica torde i svåra fall ej kunna undvaras. Bad tillrådas ej i det akuta stadiet. Med denna behandling vinner man i de flesta fall det önskade resultatet.

Den obstetriska behandlingen består i framkallande af förtidsbörd, för att därigenom få bort de prædisponerande momenten för pyelonephrit, särskildt att häfva urinstasen. Opitz anser att man i mycket svåra fall, där den interna behandlingen ej leder till förbättring, är berättigad tillgripa denna behandlingsmetod; han anför 10 fall, där man inledt partus præmaturus; i alla fallen förmärktes en gynnsam inverkan på sjukdomen, i 8 sjönk tp. omedelbart, i 2 gick förbättringen långsammare. Andra författare anse emellertid, att man aldrig behöfver tillgripa p. p. Ofta nog kommer förtidsbörd ändå till stånd utan något särskildt åtgörande till följd af den långvariga och höga febern.

Vid den kirurgiska behandlingen är det nephrostomie och nephrectomie, som kommit i fråga. Båda operationerna ha utförts under graviditeten utan att denna afbrutits.

I förtviflade fall, där försämringen fortskrider oaktadt konsekvent genomförd intern behandling, kan det utan tvifvel vara skäl att tänka både på den obstetriska och den kirurgiska behandlingen. Den förra tillrådes vid dubbelsidig pyelonephrit eller ensidig efter 35:e graviditetsveckan; den senare tillrådes vid ensidig pyelit tidigare i grossessen.

(Insändt).

Om militärläkare-banan.

Att Kriticus med sin insändare kommit att beröra en ömtålig fråga, visar det lifliga intresse, som kommit den till del. Tämligen enstämmigt tyckas också alla vara ense om att teckna militärläkarebanan i mörka färger. Hur gärna jag medger behofvet af reformer, kan jag dock ej finna, att situationen är eller rättare kommer att bli så svår, ej heller kan jag förstå, hur det som en röd tråd alla insändare genomgående ropet på en i öfrigt mycket önskvärd och sannolikt snart kommande omorganisation skall kunna råda bot för alla klagomål, såsom somliga mena. Jag tror att andra åtgärder därför äro väl så behöfliga.

Kriticus klagan gäller i första rummet obehaget, att så många ynglingar springa å sjukvisitationerna för att med stöd af någon bagatellåkomma söka draga sig undan tjänstgöringen. En äldre militärläkare säger sig med åren lyckats bortarbeta detta oskick. Tyvärr går min egen erfarenhet i samma riktning som Kriticus, och med det raska ombytet af klienter torde väl så i allmänhet vara förhållandet. Uteslutande behagligt är det visserligen ej att sitta som fiskal, men är då civilläkaren alldeles fri härifrån? Har Kriticus t. ex. ej ännu fått några ledsamma minnen af kontroverser i fråga om olycksfallsförsäkringar, där mången gång läkarens heder och tro kunna få rätt svårt att göra sig gällande gent emot en mindre samvetsöm klient? Så oviktigt lär väl ej heller detta arbete vara, lika litet som det behöfver sakna sitt intresse att söka utreda och värdera den åkomma, som i de flesta fall finnes, om ock vederbörande ofta söka öfverdrifva densamma. För öfrigt får man väl ej begära, att militärläkarens arbete uteslutande skall vara af nöjsam natur. Sannerligen provinsialläkaren ute på bygden jämt har så trefligt. Jag äger erfarenhet från båda hållen.

Denna jämförelse kan ej skada att erinra sig äfven vid bedömandet af den sociala sidan af frågan. Extra provinsialläkarne låta ej odeladt nöjda. Hvad gradbeteckningen angår, har jag aldrig funnit den spela någon så riksviktig roll. Jag kan ej erinra mig ha utsatts för det ringaste öfversitteri, äfven då jag gick med endast en stjärna. Snarare torde då obehag kunna orsakas genom i förtid erhållen väl hög rang. Bäst är, om läkarne ha så vidt möjligt samma rang som jämnårige officerare. Såsom följd af nuvarande turförhållanden borde enligt detta stipendiaterna erhålla löjtnants rang samt bataljonsläkarne efter fem år kaptens. Detta är emellertid oväsentligheter, och jag är viss, att en duglig militärläkare skall kunna göra sig gällande oberoende af en stjärna mer eller mindre. Men just på dugligheten tror jag det mesta hänger, då militärer i regel äro både kritiskt anlagda och intresserade för medicinska ämnen. Att då en ung medikus med skäligen ringa erfarenhet både i militära och medicinska frågor ej kan imponera så mycket med sina kunskaper i en officerskrets, är väl ej vidare att undra på. Är han därtill alltför mycket Kriticus, kan det nog hända, att bemötandet i messen blir litet peppradt, säkert dock ej kraftigare än som behöfves. Annars lär väl förhållandet vara, att

i officersmässen liksom i umgängeslifvet å andra håll, det är sällskapstalanger och ett älskvärdt sätt, som mera än rang och vetenskaplighet skattas högt.

Nödig kännedom i militära ämnen bör kunna bibringas genom förståndigt utnyttjande af värnepliktstiden, genom den tilltänkta, ehuru hittills ej beviljade kursen för underläkarne å garnisonssjukhuset och genom att stipendiater kommenderas att öfvervara inskrifningsförrättningar å lämpliga platser, i första hand Stockholm. För att öka och underhålla sin vetenskapliga färdighet böra militärläkarne då och då kommenderas till tjänstgöring såsom assistenter vid sjukhus och kliniker, företrädesvis kirurgiska. Efter truppernas förläggning till de större städerna underlättas detta afsevärdt.

Genom sålunda förvärfvad kompetens ökas ock läkarens utsikter att erhålla civil praktik i garnisonsstäderna. Att nödig tid därför finnes, bevisas bäst af, att många bland våra mest ansedda, garnisonerade militärläkare hafva en afseväırd civil verksamhet, och om äfven ett klientel ej genast står färdigt för den unge bataljonsläkaren, är detta väl förhållandet med de fleste praktici. Då de biträdande provinsialläkaretjänsterna inrättades, framhölls just såsom motiv för de små lönerna utsikten till förmånlig praktik i de större städerna, ett resonement, som med samma skäl har tillämpning om militärläkarne. Med hänsyn härtill får man väl ej heller säga, att våra lönevillkor äro så dåliga:

yngre bataljonsläkares vid icke garnisoneradt regemente beräknas till minst 1,915 kr., vid garnisoneradt till 2,415 kr.; äldre bataljonsläkares till resp. 3,594 och 4,260; samt regementsläkares till resp. 4,992 och 5,825, allt i landsorten.

Om också vissa förbättringar i dessa stater kunna vara önskvärda, exempelvis genom reglering af befordringstiderna samt utsikt till högre slutlön och därmed äfven höjd pension, kan det dock ej med skäl påstås, att de civila banorna erbjuda den unga läkaren så mycket mera lysande utsikter.

Att bristen på duglig assistens ofta kännes svår må ej förnekas, men huru många civila läkare ha' det ej ännu sämre ställdt. Emellertid är frågan mycket viktig och ligger säkert våra målsmän varmt om hjärtat. En god hjälp borde det redan föreslagna anställandet af skolade sköterskor bli.

Beträffande till sist den ofta nämnda omorganisationen, torde främsta önskemålet vara att erhålla särskilda fördelningsläkare, dock endast under förutsättning, att dessa bli verksamma tjänstemän och ej endast pappersmaskiner. »Bataljonsläkares» förslag om en klass militärläkare med högre lön och oafbruten tjänstgöring samt en annan med mindre lön och väsentligt begränsad tjänstgöringstid förefaller äfven värdt att tagas under ompröfning. Om, såsom en annan insändare föreslagit, Svenska läkaresällskapet skulle vara rätt forum att taga dessa frågor om hand, betviflar jag. Jag tänker, att vi i stället ha att sätta vårt hopp till den, som man väl får anta, snart inrättade sjukvårdsstyrelsen för armén.

Elfdalen den 29 nov. 1906. *Arvid Gullström.*

(Insändt).

Om militärläkare-banan.

En af insändarne i denna fråga tycktes hysa den uppfattningen, att militärläkaren skall tjäna nästan bara för äran.

Årets rulla upptar 21 fältläkarestipendiater, hvaraf endast 5 licen-

tiater — nu är som bekant antalet ännu mindre. Af dessa stipendiater äro mera än hälften 30 år eller äldre, de äldsta närma sig 40-års åldern. Det *kan* ju hända, att bland dem finnas »unga män, som ej uteslutande tänka på hvilken fördel de kunna draga af en ställning, utan ha' ärelystnad nog att vilja uträtta något af bestående gagn». Det synes mig dock vara skäligen starka tvifvel underkastadt om ärelystnaden varit bland de motiv, som förmått vederbörande att stå kvar vid sina underskattade och underbetalade befattningar med utsikten att få gå halfva sin läkaretid för svältlön och med den klena trösten att härför i sin ålders höst solageras med bättre aflöning än hvad deras dåvarande arbete i och för sig kanske är värdt. En och annan, som är eller lyckats blifva ekonomiskt oberoende kan ha' råd att tjäna för äran och den goda sakens skull. Men vi läkare äro i allmänhet inga Krœsusar och garantien för att armén skall få dugliga läkare är sannerligen ingen, om man måste inskränka sig till rekrytering af fältläkarekåren endast ur de ekonomiskt oberoendes tunna led.

Det rådande oefterrättlighetstillståndet kan endast afhjälpas genom att militärläkarne bjudas vida drägligare villkor. De rättas sannerligen icke genom de 480 kronornas tillägg i beskattningsbar inkomst, som äro ämnade att bli det ståtliga resultatet af vederbörandes kraftåtgärder, då det gällt att ingripa mot den nuvarande, ohållbara situationen.

Det fordras i stället, som »militärläkare II» alldeles riktigt påpekat *en fullständig omorganisation af fältläkarekåren med uteslutande hänsyn till våra egna förhållanden och resurser*. Och »Bataljonsläkare» har funnit och framlagt en lösning på militärläkarefrågan, som ej blott är den *bästa,* utan för visso äfven *den enda möjliga,* om vi skola undvika ett skamlöst slöseri med svenska folkets pengar och ett lika *skamlöst slöseri med läkarekraft.* Såsom förhållandena nu gestaltat sig för flertalet militärläkare, åtminstone för infanteriläkarne, har man vanligen ej användning för regementets alla tre läkare samtidigt. *En är i regel fullt tillräcklig utom för inskrifningar, regements- och fälttjänstöfningar.* Men denne ene har också fullt upp att göra. Under exempelvis en beväringsrekrytskola kan och får han icke ha tid till annan läkareverksamhet än tjänsten, om han fattar sitt uppgift rätt, det veta vi af egen mångårig erfarenhet. Nu portioneras tjänstgöringen ut på alla tre läkarne, vanligen så, att lång kommendering erhålles minst hvart tredje år. Härigenom styckas vår tid på ett oförsvarligt sätt. Endast en mindre del däraf utnyttjas för arméns räkning. Men denna styckning omöjliggör för läkaren att exploatera resten af sin tid och sitt vetande i enskild läkareverksamhet på ett sätt som ens tillnärmelsevis svarar mot hans egna och samhällets kostnader för hans utbildning. Vidare omöjliggöres en rationell skolning af sjukvårdsmanskapet, som oupphörligt få byta lärare.

Låt då i stället en läkare, regementsläkaren, *ligga i ständig tjänstgöring* och *öka hans löneförmåner* med det nuvarande tillskottet i aflöning för äldre bataljonsläkare eventuellt med ännu något mera, så att han får *full och rättvis betalning för sitt arbete* — icke efter jämförelse med officerslöner utan efter jämförelse med dugande civila läkares inkomster. *Låt så regementets öfriga* för mobiliseringsbehofvet, regementsöfningarne etc. nödvändiga *läkare,* bataljonsläkarne, *få sin tjänstgöringsskyldighet begränsad* till inskrifningar, regements- och fälttjänstöfningar, resp. sanitetstaktiska öfningar. Då är den nuvarande andre bataljonsläkarelönen sannolikt tillräcklig. Vi sluppe alldeles ifrån det ömkliga vikariatsystemet. Armén behöfde ej bli renons på läkare, som eljest nu snart blir fallet. Ty, frånsedt den bristfälliga rekryte-

ringen se sig nog många af de nuvarande militärläkarne nödsakade att taga afsked 1908; hellre än att behöfva flytta till någon småstad och svälta utan praktik. Och vårt fattiga folk behöfde ej betungas med ännu mera dryga och onyttiga tillägg i de redan alltför tryckande militärbördorna.

Vår nuvarande utbildning är olämplig, som »R. E—dt» alldeles riktigt anmärkt. Skola mera pengar offras på fältläkarekåren, böra de offras för ernåendet af en bättre och ändamålsenligare militärläkareutbildning. Som nu är måste man gå åratal och på egen hand trefva sig till ett halft och bristfälligt militärmedicinskt vetande, innan man vid mycket mogen ålder kommenderas till militärläkarekursen.

Denna olämpliga anordning bör slopas. Likaså kunna vi slopa underläkaretjänsterna vid Allm. Garnisonssjukhuset i deras nuvarande skick. De motsvara ej alls sitt ändamål som aspirantbefattningar. De nuvarande kostnaderna för militärläkarekursen och underläkaretjänsterna jämte kostnaderna för öfrig läkarevård å garnisonssjukhuset skulle behöfva ett i jämförelse med vinsten ingalunda stort tillskott för upprättandet af *en militär medicinsk akademi*. Här skulle fältläkarestipendiaten efter aflagd licentiatexamen vara pliktig att före befordran till ordinarie militärläkarebefattning komplettera sitt vetande genom en half- eller helst helårig kurs inom de särskildt för militärläkaren nödvändiga disiplinerna under ledning af förstklassiga lärare, såväl inom de rent medicinska som inom de militära fackgrenarne. För kompletteringen inom de medicinska facken torde då det visst icke oansenliga undervisningsmaterialet å Allmänna Garnisonssjukhuset kunna utnyttjas på ett vida mera ändamålsenligt och fruktbärande sätt, än hvad som nu är fallet.

2 Militärläkare.

Hvarjehanda notiser.

Hallands läkarförening höll sitt årssammanträde den 15 dec. i Halmstad. Af föreningens 30 medlemmar voro 17 närvarande. Till ordförande för kommande arbetsåret valdes d:r G. A. Dahlgren, Halmstad, efter d:r J. Nordström, som afsagt sig. Till v. ordf. återvaldes d:r C. Peterson, Varberg. Till sekreterare och kassaförvaltare återutsågs enhälligt d:r S. Köhler. Revisorer, att granska årets räkenskaper, blefvo förutvarande revisorerna d:r Ekecrantz och d:r Willers. Till fullmäktig i Allm. svenska läkarföreningen återvaldes d:r E. Augustinsson samt suppleanten d:r K. O. Vetterqvist, Falkenberg. Den sistnämnde höll en kort minnesruna öfver den under året aflidne medlemmen, stadsläkaren i Falkenberg, C. V. Swartling. D:r A. Söderberg demonstrerade lungundersökningsmetoden vid sanatorier, hvarpå följde en timslång, liflig diskussion. Sedan några gemensamma angelägenheter afhandlats, intogs gemensam supé, hvarpå följde ett par timmars synnerligen angenämt och kordialt samkväm. Vid mötet uttalades allmänt den önskan, att allmänheten borde så mycket som möjligt lämna läkaren i ro om söndagen, då ju äfven han kan hafva behof af en hvilodag, i det att endast plötsliga sjukdomsfall eller olycksfall den dagen borde föranleda läkarens anlitande. Som det nu är, har mången läkare mera arbete på söndagen än andra dagar, enär det för mången är så bekvämt, att då han själf är ledig söka läkaren på söndagen för sina ofta månads- eller årslånga krämpor.

Malmö läkarförening sammanträdde den 20 dec., hvarvid till fullmäktige i Allm. sv. läkarföreningen återvaldes d:r Bohmansson och

prof. Borelius med d:rerna T. Petrén och Bauer såsom suppleanter. D:rerna C. Holmdahl och O. Gröné afgåfvo förslag till biblioteksfrågans ordnande och d:r S. Holmgren höll föredrag om instruktionen för läkarna vid Malmö folkskolor.

Lunds läkarförening har anslutit sig till Allm. sv. läkarföreningen.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) at ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes; [3]) att ansökan ställes till Med. styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
En underläk. tj. v. Lunds asyl[3]) (tillträdes 20 febr.; löneförmåner: 2,000 kr. jämte fri bostad och kost)	9 jan.
En marinläk.-stip.-befattn. (ansökan, ställd till med.-styr:n, inl. hos marinöfverläkaren)	10 jan.
En amanuensbefattning v. med. afd. af Sabbatsbergs sjukhus (sökes hos sjukhusstyr:n)	10 jan.
Förste prov.-läk.-tj:n i Gottlands län och prov.-läk.-tj:n i Visby distr.[1])	14 jan.
Reg:tsläk.-tj:n v. Hälsinge reg:te[1])	14 jan.
Underläk.-tj:n v. Växjö hosp:s kriminalafdelning[3])	14 jan.
Sex civila läk.-stip.-befattningar[2]) (*nyinrättade*; kompetens: fullgjorda klinikiska tjänstgöringar till med.-lic.-ex.; instruktion Sv. förf. saml. 1906 n:r 16, se Läk.-tidn. 1905 sid. 572.; hvarje stipendium utgår årligen med 750 kr.)	16 jan.
Biträdande hosp.-läk.-tj:n i Göteborg[2])	21 jan.
En marinläk.-tj. af 2:a graden, (ansökan, ställd till Konungen, inlämnas hos marinöfverläkaren)	21 jan.
Extra prov.-läk.-tj:n i Frostvikens distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	21 jan.
Biträd. läk.-tj:n v. lungsots- och allm. sjukafd:n å fattigvårdsanst:n Gibraltar, Göteborg (se annons!)	31 jan.
Extra prov.-läk.-tj:n i Orusts västra härads distr.[2]) (ledigförklarad för tiden t. o. m. 1907; distr. omfattar Orusts v:a härad [med undantag af Gåsön och Skaftön] af Göteborgs och Bohus län med 9,669 invånare den 1 jan. 1905; station i närheten af apoteket i Kårehogen; löneförmåner: 3,000 kr.)	23 jan.
Extra prov.-läk.-tj:n i Ljungskile distr. (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod; sökes hos distr.-styrelsen adr: Ljungskile)	23 jan.

Lediga apotek:

Apoteket Storken i Malmö[1]) (priv. uppskattadt till 40,000 kr.)	12 jan.
Apoteket i Karlshamn[1]) (priv. uppskattadt till 45,000 kr.)	12 jan.
Apoteket i Skellefteå[1]) (priv. uppskattadt till 60,000 kr.)	12 jan.
Apoteket Lejonet i Jönköping (priv. uppskattadt till 75,000 kr.)	28 jan.

Af Kungl. Maj:t utnämnda och transporterade:

Till förste prov.-läk. i Västerbottens län och prov.-läk. i Umeå distr.: extra prov.-läk. i Dalarö distr. *J. J. Ehinger.*

Af Med.-styr.:n utnämnda och förordnade:

Till bitr. hosp.-läk. i Växjö (under år 1907): kand. *Hj. Boberg.*
Till underläk. v. garnisonssjukhuset (1 jan—15 april): kand. *Lars Widner.*

Af vederbörande myndigheter antagna:

Till extra prov.-läk. i Ofvanåkers distr. (fortfarande 1907—1911) lic. *E. A. Sjöberg.*

Af Med.-styr:n afgifvit förord till apoteksprivilegium:

Till *apoteket i Marstrand:* E. A. V. Lilieqvist (af Apot.-soc:ns dir. föreslagna: E. A. V. Lilieqvist, G. A. Helmer, A. T. Lagerström).

Sökande:

Till *andre stadsläk.-tj:n i Uddevalla:* lic:rna Harald Hansson, Jönköping, B. Högrell, Uddevalla, C. G. Lindgren, Jämshög, Ch. Lundberg, Växjö, P. G. Olsson, Vara, och K. A. Rosén, Orust.
Till *ex. prov.-läk.-tj:n i Näskotts distr.:* lic:rna K. G. A. Brand, B. Egerström, L. Holmlin och L. Otterclou.
Till *stadsläk.-tj:n i Strömstad:* lic:rna Erik Ekelöf, C. G. Lindgren och K. A. Rosén.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *H Hofstedt* t. f. prov.-läk. i Ölands norra distr. 1—31 jan. (t).
Kand. *P. Eckton* t. f. ex. prov.-läk. i Båstads distr. 26 dec.—28 febr. (t).
Lic. *G. Frehland* t. f. ex. prov.-läk. i Nässjö distr. fr. 1 jan. (v).
Lic. *O. Lundblad* t. f. las.-läk. i Vänersborg 1 jan.—28 juli (t).
Fältl.-stip. *Gertzén* t. f. ex. läk. v. garnisonssjukhuset 1 jan—30 juni.
Vid Lunds hospital och asyl under den tid ord. asylläk. är t. f. hosp.-öfverläk. i Piteå: bitr. hosp.-läk. *Göransson* t. f. asylläk. och docent *Sjövall* t. f. bitr. hosp.-läk.
Fältl.-stip. *Ch. Cavallin* t. f. ex. läk. v. milit.-skolorna i Ystad från 1 jan. till bev.-rekrytmötets början.
Lic. *O. Dalsjö* t. ex. prov. läk. i Sundbybergs distr. 1 jan.—28 febr. (t).

Obs.!

Allm. sv. läkarföreningens styrelse kommer att sammanträda i Stockholm någon dag efter den 15 januari för att träffa förberedande anstalter till det

13:de allmänna svenska läkarmötet i Sundsvall 1907

och för att handlägga en del ärenden, som skola afgöras af fullmäktige instundande vår.

Det är alltså af vikt, att lokalföreningar och enskilda medlemmar, som hafva framställningar, hvilka kräfva utredning, att göra till fullmäktige, inkomma med dessa till föreningens styrelse före den 15 jan.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 11 januari 1907.

4:e årg. | Redaktion: Knut Kjellberg och Hjalmar Forssner. | N:o 2.

Innehåll: Ulrik Quensel: Den experimentella kancerforskningen. — Carl Lundgren: Huru hos oss förbättra resultaten af skyddskoppympningen med animal vaccin? Några ord om provinsialläkares pensionering. — Periodisk litteratur. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser. — Epidemiöfversikt.

Den experimentella kancerforskningen.

Af

Ulrik Quensel.

Ett intensivt arbete har under de senare åren nedlagts på utforskandet af kancerns hemlighetsfulla gåta. Det viktiga spörsmålet väntar dock ännu på sin lösning. Oaktadt man med användandet af histologiska, bakteriologiska och statistiska metoder bedrifvit en mångsidig forskning på detta område, har man ej kunnat komma till en enhetlig uppfattning af sjukdomens djupast liggande orsaker och dess innersta natur. Många olika hypoteser hafva härom framställts och visa, huru inveckladt och svårlöst som problemet är.

Såsom bekant är det i stort sedt tvänne grundolika uppfattningar, som stå oförenliga gentemot hvarandra och hvilka i korthet kunna betecknas som den parasitära och den cellulära teorien. Somliga forskare, bland dem flera framstående klinici, anse, att kancer är en infektionssjukdom, om än af säregen karaktär, och söka med ifver efter ett specifikt virus. Andra, bland dem flertalet patologiska anatomer, förneka möjligheten af en parasitär orsak eller förklara, att hittills föreliggande fakta tala däremot, och att det sålunda ej föreligger någon tvingande nödvändighet att antaga en sådan, i all synnerhet som något bevis för existensen af en särskild kancermikroorganism ej kunnat framläggas.

De hittills använda forskningsmetoderna hafva visat sig otillräckliga för ett positivt afgörande af denna brännande fråga. Det är därför man med glädje hälsat införandet i kancerforskningen äfven af experimentella metoder, hvilka möjliggjorts, sedan man hos djur funnit svulster, som visat sig transplantabla. Vid denna nyaste forskningsmetod hafva knutits stora förväntningar. Genom densamma hafva redan vunnits intressanta resultat, af hvilka jag här vill lämna en kort öfversikt.

Den experimentella kancerforskningens mål är flerfaldigt. Den afser att närmare lära känna de hos djuren förekommande svulsternas, särskildt de malignas, natur samt att söka utröna deras orsaker, särskildt om parasiter därvid spela en roll eller icke; äfven hoppas man att på denna väg komma till upptäckten af nya terapeutiska metoder och finna villkoren för en immunisering och en därpå grundad specifik serumterapi, som slutligen skulle kunna finna användning äfven mot den hos människan förekommande kräftsjukdomen.

Många olika forskare hafva försökt att öfverföra maligna tumörer från människa på olika djur. Sådana försök gå långt tillbaka i tiden. Redan 1840 meddelade *Langenbeck* ett dylikt, som han ansåg hafva gifvit positivt resultat, och sedermera hafva en del andra fall publicerats såsom positiva. Det öfvervägande antalet dylika försök hafva emellertid redan af de olika experimentatorerna själfva uppgifvits vara negativa.

För att en öfverföring af en malign tumör från människa till djur skall kunna anses positiv, måste från patologisk anatomisk synpunkt vissa villkor uppfyllas, nämligen, att de nya tumörerna hafva samma histologiska struktur som den till ympning använda tumören, att de visa en progredient tillväxt och samma destruerande karaktär som utgångssvulsten, och att de orsaka djurets död antingen därigenom att de upphäfva ett lifsviktigt organs funktion eller genom metastasbildning eller kakexi.

Dessa villkor hafva af de flesta granskarne ej ansetts vara uppfyllda i något af de såsom positiva publicerade fallen, och dessa fall hafva sålunda ej hållit stånd mot kritiken. I allmänhet torde man kunna säga, att de hos försöksdjuren uppkomna svulstlika bildningarna haft karaktär af granulationsväfnad, som ju histologiskt kan vara sarkomliknande och därigenom gifva upphof till misstydning. De flesta förklara därför ock att en öfverföring af kancer eller sarkom från människa till djur ej har lyckats och ej har utsikt att lyckas.

För giltigheten af en sådan slutsats tala också mängden af de fullständigt negativa resultaten, särskildt de nyligen af *Sticker* på alla tänkbara sätt utförda omkr. 400 negativa försöken. *Metschnikoff* erhöll negativt resultat vid försök att transplantera maligna tumörer från människa på antropoida apor. I samma riktning tala också de nedan närmare nämnda försöken, vid hvilka det visat sig, att svulster hos djur ej låta sig öfverföra på djur af annan art.

Jag vill dock ej lämna oanmärkt, att jag i litteraturen funnit ett i öfrigt föga beaktadt fall, som fyller de ofvan nämnda villkoren. Det är publiceradt af *Dagonet* (Arch. de med. exp. 1904). Han ympade en mus intraperitonealt med delar af en peniskankroid från människa; efter 15 månader dog djuret och visade svulster i peritonealhålan och stora metastaser i lefver och mjälte, och alla svulsterna visade mikroskopiskt samma struktur som utgångstumören: kankroid med förhorning. Af beskrifningen att döma föreligger här ett positivt ympningsresultat. Om det får anses tillförlitligt, — det karakteristiska utseendet af en förhornande kankroid kan ju svårligen förväxlas med annat — så visas däraf, att det dock i sällsynta undantagsfall kan lyckas att öfverföra kancer från människa till djur.

En säregen ställning intager ett synnerligen intressant fall, som beskrifvits af *Lewin*. Han ympade en hund intraperitonealt med en ovarialkancer från människa. Efter 3 veckor visade djuret i laparotomisåret en förtjockning, stor som en lillfingerled, samt å peritoneum talrika små knottror och svällda retroperitoneala lymfkörtlar. Senare fortsatte *Lewin* ympningarna med de nyuppkomna bildningarna från hund till hund i 5 generationer, och han erhöll i alla fallen i hufvudsak öfverensstämmande resultat. I ett fall, där intravenös injektion företogs, uppstodo talrika knottror i lungorna. Histologiskt visade det sig, att det ej var fråga om kancer — sålunda fanns ingen likhet med utgångstumören — utan om en struktur, som måste uppfattas antingen som granulationsväfnad eller som sarkom. *Lewin* är mest böjd att antaga det senare. Att det ej kan vara fråga om en vanlig infektion med bakterier, visade han därmed att, om han filtrerade en emulsion af bildningarna genom ett vanligt filtrum, så åstadkom filtratet ej några förändringar. Bildningarnas uppkomst var sålunda beroende på närvaro af själfva cellerna, då ju bakterier skulle gått igenom filtrum. *Lewin* menar, att det måste vara fråga om ett lefvande infektionsvirus, bundet vid cellerna, som med kancermaterialet öfverfördes på den första hunden och från denne på de följande hundarna. Om detta virus stod i sam-

band med den ursprungliga kancern eller endast var en tillfällig ledsagare till denna, lämnas oafgjordt. Kulturförsök utföllo negativt. Fallet är af stort intresse, vare sig de funna bildningarna skola tolkas som sarkom eller som granulationssvulster. Det är det första fallet, där man öfverfört de hos djuren uppkomna svulstliknande bildningarna på andra djur i upprepade nya generationer, och resultatet var onekligen ett helt annat än man a priori kunnat vänta. I hvad mån detta rön är af allmän betydelse för kräftforskningen, kan först genom vidare forskningar utrönas.

Hvad som med full tydlighet framgår af det ofvan anförda är, att största flertalet försök att öfverympa kancer från människa till djur otvifvelaktligen varit negativa, och att man ej har utsikt att på denna väg erhålla något större material för experimentell utforskning af svulsternas natur.

Stödjande sig på *Cohnheims* teori hafva några forskare (*Wilms*, *Petrow*, *Hansemann* m. fl.) försökt att åstadkomma svulster genom implantation af väfnad från embryoner å djur. Därvid har det konstaterats, att dessa implanterade väfnader till en början vuxit och t. o. m. visat en vidtgående differentiering med bildning af hud, flimmerepitel, pigmentepitel, brosk, ben, etc. Men efter en tid hafva sådana bildningar gått tillbaka och resorberats. Verkliga svulster hafva ej uppstått, och långt mindre har någon malign karaktär framträdt hos de uppkomna bildningarna.

Ett stort framsteg var det, då man för några år sedan fann, att vissa hos djur spontant uppträdande tumörer kunde öfverympas med positivt resultat på djur af samma art. Detta har möjliggjort experiment i stor skala, hvilka utförts å flera laboratorier i skilda länder och medfört intressanta resultat, af hvilka jag nu vill söka att öfversiktligt ordna de viktigaste.

Det är särskildt vissa tumörer förekommande hos hvita möss, som man användt som material vid experimenten, men äfven tumörer hos andra djur hafva funnit användning.

Den förste, som fann en transplantabel tumör hos en råtta, var *Hanau* (1889). *Moreau* fann (1894) hos en mus en svulst, som hade byggnaden af ett adenokarcinom och som under 5 års tid öfverfördes från djur till djur. Några år senare fann *Jensen* i Köpenhamn en liknande transplantabel tumör hos en hvit mus och utförde systematiska, grundläggande inokulationsförsök med densamma. Betydelsefulla undersökningar hafva senare utförts, särskildt af *Ehrlich* och hans lär-

jungar och vidare af *Bashford* i England, *Loeb*, *Gaylord* och *Clowes* i Amerika, *Borrel* i Frankrike för att här endast nämna de viktigaste undersökarna på detta område. Ett mycket mönstergillt arbete föreligger af *Sticker*, som fann ett sarkom hos en hund och därmed företagit omfattande undersökningar.

De flesta vid experimenten använda primära mustumörerna bilda en enhetlig grupp för sig från såväl genetisk som strukturell synpunkt. De ligga subkutant och bli på sin höjd stora som en kastanj eller ett plommon. Histologiskt utgöras de af adenom eller adenokarcinom. De förekomma i ung. 12 % multipelt. *Apolant*, som ägnat denna svulstform en ingående undersökning i ett stort material af 220 fall, kommer till den slutsatsen, att de utgå från mamma och stöder sig därvid på följande grunder. De ha nästan uteslutande påträffats hos *honor*, och detta kan ej vara en tillfällighet, då redan ung. 300 fall äro bekanta utan att bland dessa mer än ett fall (*Bashford*) rör en hane. De äro i största flertalet fall lokaliserade till buken och de få fall, där de sitta på ryggen, kunna förklaras däraf, att mamma, särskildt hos gamla honor, når så långt upp på ryggen, att en från dess yttersta ända utgående, bakåt växande tumör kan blifva lokaliserad till ryggen. Äfven histologiskt är det lätt att påvisa nybildningens direkta sammanhang med bröstkörteln, tydligast naturligtvis vid unga tumörer, som vanligen äro allsidigt omgifna af mammaväfnad. I 6 fall fann *Apolant* makroskopiska metastaser. I allmänhet hafva de ej någon starkare tendens till infiltrativ växt, men en tydlig sådan har dock i många fall påvisats. Makroskopiska metastaser äro jämförelsevis sällsynta. Mikroskopiska metastaser i lungorna fann *Haaland* i 30 % af fall.

Utom dessa de vanligaste och typiska bland de primära mustumörerna, som äro epiteliala och till hvilka tydligen höra de af *Jensen*, *Ehrlich*, *Michaelis* m. fl. till experiment använda, hafva äfven tumörer af annan art och lokalisation funnits, så t. ex. af *Loeb* sarkom och cystosarkom utgående från thyreoidea; *Haaland* fann hos 6 möss lymfosarkom och i 1 fall ett chondrosarkom från kotpelaren. *Bashford* fann bland 30,000 möss 12 djur med spontantumörer, af hvilka de flesta voro mammakarcinom, men ett fall utgjordes af ett adenokarcinom i tarmen och ett af en pankreasliknande tumör i mesorectum. Vidare har i enstaka fall funnits primär lungkancer och kankroid i clitoris och vulva. *Ehrlich* har ingående afhandlat ett transplantabelt chondrom.

Svulsterna hos möss synas på några ställen vara vanligare än pa andra, men det hittills publicerade materialet är ej tillräckligt för att bestämma något närmare om deras frekvens.

Ehrlich menar, att äfven om vissa skiljaktigheter förefinnas mellan dessa tumörer hos möss samt kancern hos människan, så äro dock i stort sedt de båda svulstslagen så nära identiska med hvarandra, att man har rätt att betrakta de genom studier å mustumörer vunna resultaten såsom i hufvudsak och i princip gällande äfven för de hos människan förekommande maligna svulsterna.

För att gifva någon föreställning om de redan nu gjorda undersökningarnas omfattning och det föreliggande materialets storlek vill jag nämna följande. *Jensen* experimenterade med en subkutan kancer, som sedan sändts äfven till andra laboratorier såsom forskningsmaterial; han företog själf ympningar å flera hundra möss och ympade under 2 1/2 års tid öfver tumören från mus till mus i 22 generationer. *Ehrlich* och de hos honom arbetande *Apolant* m. fl. hafva haft till sitt förfogande omkring 250 spontana mustumörer; af dessa hafva de ympat vidare 94 å 1,504 djur; af djuren visade endast 41 eller 2,8 % ett positivt resultat af ympningen; virulensen hos tumörerna kunde dock stegras genom upprepade passager. De ha företagit synnerligen omfattande inokulationer och ympat svulsterna från djur till djur ända till 70—80 generationer. *Gaylord* och *Clowes* hafva ympat 2,500 möss med *Jensenska* tumören och erhöllo positivt resultat å omkr. 850 möss. *Bashford* har företagit 1,800 inokulationsförsök och fann af olika tumörer 20—90 % positiva resultat. *Baesluk* anställde 1,200 försök, *Sticker* inokulerade ett af honom funnet sarkom å en hund på 130 andra hundar och studerade tumörerna i ända till 14 nya generationer.

Vid de här ifrågavarande experimentella svulstundersökningarna har man efter *Jensens* föredöme utgått från det betraktelsesättet, att svulstcellerna själfva äro att anse som analoga med specifika bakterier. Man har sålunda, med nödvändiga modifikationer, infört de inom bakteriologien brukliga metoderna i svulstforskningen och använder svulstceller på samma sätt som man i analoga fall brukar bakteriekulturer. Man bibehåller svulstcellerna s. a. s. i renkultur genom upprepade passager från djur till djur och studerar den reaktion, lokal och allmän, som de utlösa i djurkroppen, och vidare söker man att utforska svulstcellernas vita propria utanför djurkroppen, deras resistans gent emot yttre inflytelser o. s. v.

Man rör sig i dessa forskningar med redan fullt utbildade tumörer, och materialet utgöres af redan färdiga svulstceller. De hittills gjorda undersökningarna hafva därför ej kunnat sysselsätta sig med den utomordentligt viktiga frågan angående svulstcellernas primära uppkomst, angående naturen af de för-

ändringar, som ligga till grund för vissa cellers omvandling till kancerceller med obegränsad och destruerande växt.

De vid experimenten använda djurtumörerna hafva visat sig i olika grad transplantabla. Virulensen har varit mycket växlande i olika fall. *Jensen* fick positivt resultat i 2 fall på 5, *Borrel* i 1 fall på 10, *Moreau* i 4 fall på 5. *Michaelis* positiva resultat varierade mellan 5 och 10 %. *Ehrlich* erhöll med spontan kancer lyckade transplantationer i 2,5 %, men efter upprepade passager från djur till djur kunde han stegra virulensen, så att transplantationen lyckades i 90 %—100 %. Med det af honom använda chondromet blefvo öfverföringarna redan från början positiva i 90—100 % af fall.

Ett af de viktiga resultat, som samstämmigt vunnits, är, att tumörerna hos djuren ej kunna öfverföras på djur af annan art. Det har till och med visat sig, att *Jensens* mustumör, som med lätthet transplanterades å möss i Köpenhamn, med mycket större svårighet lät sig öfverföras på tyska, franska eller engelska möss. *Ehrlich* omnämner, att om mustumörerna öfverympas på råttor, så växa de visserligen här till en början, men efter ung. 1 vecka bli tumörcellerna nekrotiska och resorberas. Han menar därför, att muskarcinomet för sin växt behöfver ej endast banala näringsämnen utan ock ett särskildt specifikt X-ämne, som endast förekommer i musorganismen. Råttan saknar detta ämne och är därför immun för muskarcinomet, en art immunitet, som *Ehrlich* kallar atreptisk. Den öfverförda mussvulsten växer hos råttan blott så länge det förråd af X-ämnet räcker, som öfverfördes jämte svulstdelarna; när detta förråd uttömts, nekrotiserar svulsten. Skadliga, direkt svulstcellerna dödande ämnen finnas icke i organismen hos de främmande djurarterna.

Stickers hundtumör kunde öfverföras på hundar och äfven på en räf, men ej på andra djur.

Många försök hafva gjorts för att utröna *svulstcellernas resistens* utanför djurkroppen.

Jensen, som gjort grundläggande undersökningar i detta hänseende, har för den af honom studerade tumören visat, att svulstväfnaden kunde i isoleradt tillstånd hålla sig lefvande i ung. 18 dagar vid en temperatur af 1—3° och i 12 dagar vid rumstemperatur, under det den vid kroppstemperatur knappast i 24 timmar förblef lefvande. Svulstväfnaden dödades vid 5

minuters uppvärmning till 47° och vid få minuters inverkan af —20°. Den dödades likaledes lätt af intensivt ljus, men ljusstrålarna kunde endast tränga föga djupt in i väfnaden. Partiel intorkning verkade äfven dödande.

Ehrlich omnämner, att tumörceller, som i 2 år förvarats vid en temperatur af —8 till —12° ännu voro transplantabla. Det synes sålunda vara fråga om en enorm cellvitalitet, men tydligen endast i undantagsfall, ty detta öfverraskande resultat uppnåddes endast 1 gång bland 60 ympningar, då emellertid en tumör uppstod, som efter 2 månader hade storleken af ett körsbär.

Sticker fann beträffande den af honom undersökta hundtumören, att en förvaring af svulstcellerna under 30 dagar vid — 11° hade tillintetgjort växtförmågan; 24 timmars uppehåll vid samma temperatur fördrogs däremot. En uppvärmning under 2 timmar till 42° à 50° fördröjde växten, men upphäfde den ej.

Loeb konstaterade beträffande ett sarkom från thyreoidea å råtta äfvenledes en anmärkningsvärd resistens mot köld; tumörstycken, som förvarats på is 2—5 dagar, producerade fortfarande vid ympning tumörer. Om svulstbitar uppvärmdes till 43—44° under 40 minuter, växte de visserligen efter inokulation men långsammare, och de uppkomna svulsterna upphörde att växa efter 5—8 veckor. En uppvärmning till 45° eller däröfver under 30 minuter dödade svulstcellerna.

Angående kemiska ämnens inverkan äro inga omfattande undersökningar gjorda. *Jensen* omnämner, att 1/4 % karbolsyrelösning förmår att på 5 minuter upphäfva svulstcellernas lifsduglighet. *Sticker* och *Loeb* funno, att glycerin icke ägde för svulstcellerna giftiga egenskaper. *Sticker* har gjort ett synnerligen intressant rön nämligen att, om svulstdelar söndermaldes tillsammans med steril finpulveriserad kol, så hämmade kolet fullständigt svulstcellernas växt.

Infektion med bakterier hindrar ej svulsternas transplantation. *Sticker* har beträffande sarkom hos hundar gjort den viktiga iakttagelsen, att metastaser på lymfbanorna uppträdde endast, när en svulst blifvit sekundärt infekterad; men har infektion inträdt, så sätter äfven mycket små tumörer metastaser i lymfkörtlarna.

(Forts.)

Huru hos oss förbättra resultaten af skyddskoppympningen med animal vaccin?

Någia ord med anledning af docent J. Jundell's uppsats

af extra provinsialläkaren i södra Unnaryds distrikt **Carl Lundgren.**

Under den tid jag innehaft stadsläkartjänsten i Lindesberg, har jag därstädes åren 1903—1906 haft tillfälle att icke blott såsom vaccinationsföreståndare öfvervaka den allmänna skyddskoppympningen i den lilla staden, utan jag har ock på grund af det begränsade barnantalet kunnat själf med biträde af stadens vaccinatris verkställa både ympning och afsyning. Den erfarenhet, jag under denna tid fått om den animala vaccinen och ympningen, är visserligen icke så stor, men då den likväl synes mig tillräcklig för att motivera en åsikt i berörda afseenden, hvilken afviker från den, som kommit till uttryck i ofvannämnda, uti nummer 39 af denna tidskrift för den 31 augusti 1906 införda uppsats, har jag ansett mig böra framlägga densamma.

Under hela tiden, intill det allra sista, har från Stockholm hemtagen animal vaccin användts, och för hvarje år har allt noggrannare, genom att på postkontoret anhålla om paketets utbekommande strax efter dess ankomst, dess förvaring i isskåp o. d. samt genom ympningens utlysande i förväg, sörjts för att vaccinen så färsk som möjligt skulle komma till användning. Vid ympningen hafva lancettstick gjorts, en metod, som närmare beskrifves i moment 32 af de råd och anvisningar, som af Kungl. Sundhets-Kollegium bifogades till det ännu gällande, år 1853 utfärdade nådiga reglemente för skyddskoppympningen i riket. I allmänhet hafva för hvarje gång tre till fyra instick gjorts med ungefär en centimeters mellanrum.

År 1903 företogs den allmänna skyddskoppympningen i Lindesberg den 14 september, hvarvid 35 barn ympades, af hvilka 31 med positivt resultat (närmare bestämdt: 17 med en koppa, 13 med två och 1 med tre koppor) samt 4 med negativt resultat — detta senare äfven efter förnyad ympning med samma vaccin. Detta förhållande, som synes nästan konstant, nämligen att förnyade ympningar å ett barn med samma slags vaccin, hvarmed första gången negativt resultat erhållits, också blifva resultatslösa, talar, redan det, i någon mån, synes mig, för att misslyckandet mera beror på själfva vaccinen än på förfaringssättet vid ympningen.

År 1904 gjordes vaccinationen i juli månad, således en mindre lämplig tid, och af 56 vaccinerade fingo endast 18 koppor (11 en koppa, 7 två koppor), under det att 38 icke

visade någon reaktion, äfven efter förnyad ympning i flera fall. Af dessa 38 omvaccinerades direkt från annat barn, »från arm», 32, alla på ett undantag när med positivt resultat (i allmänhet tre koppor).

År 1905 började ympningen den 11 september och af 62 vaccinerade barn fingo 21 koppor (16 en koppa, 4 två och 1 tre koppor), under det att hos 41 intet resultat vanns. Af dessa 41 omvaccinerades direkt från arm 37, däraf 27 med positivt resultat (varierande från en till fyra koppor) samt 10 med negativt. Man bemärke, hurusom detta år vaccineringen direkt från arm visar sämre resultat än föregående år, detta helt visst beroende på att de ur den animala vaccinen ursprungligen uppkomna kopporna voro mindre och till sin öfriga beskaffenhet ej så tjänliga till att lämna fullgodt vaccinämne.

År 1906, då vaccinationen började den 7 maj, erhölls af 51 ympade positivt resultat hos 17, negativt hos 34; men denna gång voro kopporna i de fall, hvilka, om än med tvekan, betraktades som lyckade, så små och outvecklade, att från dem intet vaccinämne kunde tagas, hvarföre omvaccinering direkt från arm vid detta tillfälle icke kunde ske, åtminstone icke i nämnvärd utsträckning.

Med detta nedslående resultat: ympningen fullständigt effektlös hos två tredjedelar af de vaccinerade, under det att hos en tredjedel uppstått hufvudsakligen små knottror, som blott med tvekan kunde räknas för vaccinkoppor, måste ympningen för tillfället afslutas.

Försök gjordes sedan under sommaren dels med på enskild bekostnad hemtagen animal vaccin från Stockholm, dels ock med från vaccindepå rekvirerad humaniserad vaccin; resultaten voro lika klena, äfven med den humaniserade, beroende i detta fall helt visst därpå, att den strängt anlitade vaccindepåen kunde lämna blott helt små mängder vaccin, så ringa till och med, att vaccinportionen å glaset, hvarpå den förvarades, måste utröras med en droppe vatten, innan det blef möjligt att å lancettspetsen anbringa något vaccinämne.

I denna vår nöd, och då jag fått höra, att i Berlin god animal vaccin kunde fås, hemtogos därifrån några rör, med hvilkas innehåll först vaccinatrisen på egen hand ympade tolf barn, och detta med glänsande resultat: alla ympningarna lyckades öfver förväntan; tre eller vanligen fem i ett fall t. o. m. sex stora, präktiga koppor uppstodo, och af de på samtliga barn inalles gjorda 71 insticken utvecklades 69 koppor; således blefvo blott två instick utan följd.

Strax därpå hemtog jag, för att själf pröfva vaccinen, ett rör. (Adressen är Königl. Preussische Impfanstalt, Möckern-

Strasse 131, Berlin S. W.[11] och priset för ett rör, räckande till mer än fem barn, är jämte postförskottsarfvodet 1 krona 25 öre). Fem barn ympades, hvilka alla fingo stora, vackra koppor. I allt gjorde jag 21 instick samt erhöll sammanlagdt 19 koppor, men att märka är, att jag därvid med flit å hvarje barn gjorde ett par slarfviga, ytliga instick, detta för att efterse, huruvida icke äfven ur dessa koppor skulle utvecklas. De två instick, som ej gåfvo koppor, hörde nog till dessa med slarf utförda, ehuru de flesta äfven af dem dock utvecklades till koppor.

Den framgång, som sålunda, under liknande omständigheter i öfrigt, erhölls med den tyska vaccinen, stärkte mig i den öfvertygelsen, att det dåliga resultat som skyddskoppympningen under senare år gifvit i Lindesberg och, efter hvad jag hört, öfver hela landet, berott icke på sättet för ympningens utförande, utan på själfva ympningsmaterialet.

Däraf följer naturligen icke, att man ej bör vinnlägga sig om noggrannhet vid vaccinationen; tvärtom är jag öfvertygad om att den af docent Jundell föreslagna och i medicinalstyrelsens cirkulär af den 14 november 1906 anbefallda ympningsmetoden är att föredraga liksom ock att de i samma cirkulär beträffande tid för vaccination o. d. meddelade råd och anvisningar äro värda all uppmärksamhet. Men jag tror dock icke, att det är här vi ha att söka »pudelns kärna», och den fråga, som står såsom öfverskrift för docent Jundell's uppsats såväl som för dessa rader, är, synes mig, ännu obesvarad, men med hänsyn till den personliga kännedom jag har om docent Jundell's noggrannhet och outtröttliga sträfvan efter att vinna klarhet i honom förelagda dunkla spörsmål, vågar jag hoppas, att fortsatta undersökningar, kanske vid Berlininstitutet, skola bringa äfven denna fråga om den animala vaccinen till lösning, något som är af stor vikt, ty det gäller ju en åtgärd, hvilken enligt lag måste vidtagas på hvarje barn i vårt land före slutet af dess andra lefnadsår och hvilken därföre bör göras på en gång enkel, ofarlig och effektiv.

(Insändt).

Några ord om provinsialläkares pensionering.

Det är ej allt för ofta man ser i de medicinska tidskrifterna dryftas frågor af mera ekonomisk natur, och det är skada, ty ingen vill väl förneka, att flere viktiga sådana finnas, hvilka kunna förtjäna en större uppmärksamhet.

Äfven torde det vara ett i allmänhet oemotsagdt förhållande att

dylika frågor länge nog få vänta på någon utveckling, därest ej de direkt intresserade taga saken i egna händer.

Vår tid är framför allt praktisk och ekonomisk, och det gäller för läkaren som för andra att följa med tiden, därest man ej vill riskera att lida skada. Det skulle ingalunda skada läkarekåren, om en del frågor af ekonomisk natur mera diskuterades än hvad nu är förhållandet, och framför allt enigt behandlades.

Tvärtom, det skulle medföra materiella fördelar, utan att anseendet på något sätt behöfde minskas.

Det är ej mer än ett år sedan frågan om provinsialläkarnas semester afgjordes på ett lyckligt sätt, och säkerligen till öfverraskning för en och annan.

Måhända kunde frågan om dessa läkares pensionering äfven bringas i ett lyckligare läge än det nuvarande, därest ett väl motiveradt förslag göres?

I alla händelser: borde ej något göras för att möjligen få en ändring?

Att det ej är bra som det är, därom torde man nog vara ense.

Under nuvarande förhållanden är det ju först vid omkring 45 års ålder man kan beräkna erhålla ordinarie provinsial-läkaretjänst. Med gällande bestämmelser om 20 år såsom prov.-läkare, blir således pensionsåldern 65 år, en alltför hög åldersgräns. Erfarenheten visar väl äfven att blott ett fåtal komma i åtnjutande af pension.

För allmänheten kan det omöjligt vara förenligt med någon fördel, att staten ej bereder möjlighet för en tjänsteman med ett så pass maktpåliggande arbete som läkarens, att draga sig tillbaka från sin tjänst i tid, d. v. s. innan hans arbetsduglighet blifvit i väsentlig grad minskad.

De tjänstemän inom militären, med hvilka prov.-läkaren kan jämföras, hafva en mycket tidigare pensionsålder. Jämför man deras arbete, torde man utan att öfverdrifva kunna påstå, att läkarens är väl så uppslitande, och att det är lika behöfligt för läkaren som för militären att äga goda kroppskrafter för att kunna fylla sin plats.

Det är visserligen sant att af militären fordras 30 tjänsteår, men af läkaren 25; ett förhållande, som dock utjämnas däraf, att den förre mycket tidigare är i tillfälle erhålla sin ordin. tjänst, hvarefter han oafbrutet räknar pensionsår, då läkaren för hela den tid, som gått, innan han uppnått majorsgraden — om jag så får uttrycka mig — endast räknar 5 pensionsår.

Det är staten själf som genom kompetensfordringar för tjänstens erhållande gör det omöjligt för läkaren att tidigare räkna pensionsår.

Juristen räknar, efter hvad man sagt mig, pensionsberäkning från den tid han inskrifvits i Hofrätten; annars skulle han aldrig kunna få pension.

Är det nu ej lika rimligt, att förhållandena för läkaren ordnas så, att han i tid kan afgå från sin tjänst?

Då staten i alla händelser har en hel del ej obetydliga fordringar på de läkaretjänster, som pläga vara öfvergångsstadier till ordin. provinsialläkaretjänst, synes det ej vara obilligt, att man erhölle rättighet att i och för pension beräkna de år man innehaft sådan tjänst.

Staten har ju äfven redan uttalat sig för pensionsberäkning för dessa tjänster, för såvidt det gäller en tidrymd af 5 år. Då detta emellertid ej är tillräckligt för att erhålla en lämplig pensionsålder, vore det väl ganska logiskt, om man ökade på dessa år så mycket som behöfs, eller rent ut att man finge räkna hela tjänstetiden, så mycket hellre som ju tjänsteåren oafkortadt gälla för sökandet af prov.-läkare-

tjänst. Att under dylika förhållanden blott räkna 5 af åren som pensionsår är utan mening.

Bestämmelsen om 20 år såsom provinsial-läkare borde då äfven bortfalla. Det vore nog att man vid afskedstagandet såsom prov.-läkare under 25 år innehaft tjänst såsom prov.-läkare och stadsläkare eller extra prov.-läkare; hvarjämte ju kunde bestämmas en minimitid af 10 år såsom prov.-läkare. Då kunde äfven åldersgränsen sättas lika med för militärer af motsvarande grad.

Med ett ord, en ändring i förhållandena är säkerligen behöflig, och det är väl ej alldeles gifvet, att ej ett lämpligt framfördt och motiveradt förslag skulle kunna vinna vederbörandes erkännande.

Kunde dessa rader framkalla en diskussion i frågan är mitt ändamål vunnet.

Doktor —n—.

Periodisk litteratur.

Här meddelas de senaste tidskriftshäftenas innehåll med undantag af referat, boknyheter m. m.

Ugeskrift for Læger, n:r 41—46. *Sylv. Saxtorph:* Lumbalanæstesi ved Stovain. — Kræfthospitalet i Heidelberg og den internationale Kræftkonference. — Om Ansættelsen af offentlig behandlende Læger i København iſølge Loven af 30 Marts 1906. — *Erik Pontoppidan:* Den private Læges Stilling til Lov af 30 Marts 1906. — *S. Meyer:* En honorarsag med Kommentar. — *Hj. Kærn:* Efterblödning ved Brug af Adrenalin under Tandudtrækning. — *A. Bournonville:* Om subgingivale Injektioner af lokale Bedövelsesmidler. — Toldlovforslaget. — *Fr. Howitz:* Et Hospital for Patienter med Cancer.

Norsk Mag. for Lægevidenskaben, n:r 12. *H. Hopstock:* Leonardo da Vinci som anatom. — *Vilh. Magnus:* Herpes Zoster med forandringer i rygmarven. — *J. Nicolaysen:* Undersögelse af nyrernes funktionsevne.

Hvarjehanda notiser.

Dermatologiska sällskapet i Stockholm sammanträdde den 13 dec. D:r Almkvist demonstrerade ett fall af lupus follicularis, d:r Ljungström ett fall af vårtor på tungan och läppslemhinnan och d:r Marcus ett fall af lupus erythematosus disseminatus. Den sistnämnde visade dessutom mikroskopiska preparat från ett fall af läppcarcinom samt från ett annat fall med osäker diagnos. Till sekreterare för nästkommande år valdes d:r Moberg.

Medicinalstyrelsen. Kungl. Maj:t har förordnat öfverfältläkaren i fältläkarkåren m. m. P. A. V. Nettelblad att jämväl under innev. år såsom t. f. ledamot af styrelsen uppehålla öfverfältläkartjänsten därstädes.

Vid **Värmlands läkarförenings** december-sammanträde i Karlstad omvaldes till ordförande öfverläkare Envall, Kristinehamn, och till skattmästare stadsläkare Söderbaum, Karlstad, samt nyvaldes bitr. hosp.-läkare A. Granholm, Kristinehamn, till sekreterare.

D:r Sahlin höll föredrag öfver alimentär glycosuri och lasarettsläkare Clarholm lämnade flere meddelanden från sin verksamhet. — Vid föregående sammanträde hade föreningen utsett kommitterade med uppdrag att föreslå åtgärder mot humbugsmedicin. Deras inkomna förslag beslöt föreningen att öfverlämna till Allm. svenska läkarföreningens styrelse med anhållan att den ville taga initiativ i saken.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Förste prov.-läk.-tj:n i Gottlands län och prov.-läk.-tj:n i Visby distr.[1])	14 jan.
Reg:tsläk.-tj:n v. Hälsinge reg:te[1])	14 jan.
Underläk.-tj:n v. Växjö hosp:s kriminalafdelning[3])	14 jan.
Sex civila läk.-stip.-befattningar[2]) (*nyinrättade*; kompetens: fullgjorda klinikiska tjänstgöringar till med.-lic.-ex.; instruktion Sv. förf. saml. 1906 n:r 16, se Läk.-tidn. 1906 sid. 571.; hvarje stipendium utgår årligen med 750 kr.)	16 jan.
Biträdande hosp.-läk.-tj:n i Göteborg[3])	21 jan.
En marinläk.-tj. af 2:a graden, (ansökan, ställd till Konungen, inlämnas hos marinöfverläkaren)	21 jan.
Extra prov.-läk.-tj:n i Frostvikens distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	21 jan.
Extra prov.-läk.-tj:n i Orusts västra härads distr.[2]) (ledigförklarad för tiden t. o. m. 1907; distr. omfattar Orusts v:a härad [med undantag af Gåsön och Skaftön] af Göteborgs och Bohus län med 9,669 invånare den 1 jan. 1905; station i närheten af apoteket i Kårehogen; löneförmåner: 3,000 kr.)	23 jan.
Extra prov.-läk.-tj:n i Ljungskile distr. (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod; sökes hos distr.-styrelsen adr: Ljungskile)	23 jan.
Aman. befattn:n v. Stockholms hospital (sökes hos öfverläkaren)	30 jan.
Biträd. läk.-tj:n v. lungsots- och allm. sjukafd:n å fattigvårdsanst:n Gibraltar, Göteborg (se annons!)	31 jan.
Biträd. läk.-tj:n v. Stockholms stads allm. försörjn.-inrättn:s afd. för sinnessjuka (se annons!)	31 jan.
Stadsläkartj:n i Jönköping (ansökan, ställd till stadsfullmäktige, inl. till magistraten)	4 febr.
Extra prov.-läk.-tj:n i Svedala distr. (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod; sökes hos distr.-styrelsens ordf.)	8 febr.

Lediga apotek:

Apoteket Lejonet i Jönköping (priv. uppskattadt till 75,000 kr.)	28 jan.

Af Kungl. Maj:t utnämnda och transporterade:

Till förste marinläk.: reg:tsläk. v. kustartilleriet *E. Setterbom*.
Till marinläk. af 1:a gr.: 1:e bat.-läkarna v. kustartilleriet *J. C. Johnstone* och *E. S. A. Segerstedt.*]
Kaptens rang har tilldelats bat.-läk. v. Skaraborgs reg:te *G. U. Nystedt*.
Till marinläk. af 2:a gr. i reserven: lic. *F. A. Almroth*.

Af Med.-styr.:n utnämnda och förordnade:

Till bitr. hosp.-läk. i Piteå (1 febr.—31 dec.): ex. prov.-läk. i Malå distr. *Oliver Ottosson*.

Af vederbörande myndigheter antagna:

Till extra prov.-läk. i Strömstads distr. (fortfarande 1907—1911) lic. *C. Cavalli-Björkman*.
Till fängelseläk. i Kalmar: 1:e stadsläk. därstädes *P. H. Hj. Ringberg*.
Till extra prov.-läk. i Fjällbacka distr. (fortfarande 1907—1911): lic. *A. E. Lindfelt*.
Till stadsläk. i Helsingborg: stadsläk. i Jönköping *C. B. Hallengren*.
Till järnvägsläk. Linköping—Okna: f. d. 1:e prov.-läk. *H. Nordenström*, Katrineholm—Grafversfors: lic. *K. Börjesson*, Okna—Grafversfors: lic. *K. Hj. Landelius*.

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Las.-underläk. i Falun *C. Wittberg* (f. o. m. 21 febr.)
Järnvägsläk. å linien Norsholm—Strångsjö m. m. *O. A. Guillemot* (31 dec.)

Sökande:

Till *resestipendier för prov.- och stadsläkare* (i ordn. efter tj:år): prov.-läk. Robbert, 1:e prov.-läk. Englund, stadsläk. Winther och Sténhoff, prov.-läk. Hellberg och Nordenadler, stadsläk. Wingård, ex. prov.-läk. Ekblom, Norgren, Heyman, Lindfelt och Planck, stadsläk. Goldkuhl, ex. prov.-läk. Björnvall.
Till *resestipendier för las.läkare* (i ordn. efter tj:år): las.-läkarna Lindström, Bauer, Bäärnhielm, Adlercreutz, Hedlund, Lönnberg och Törnqvist.
Till *resestipendiet för hosp.-läkare*: t. f. medicinalrådet Stenbeck.
Till *ex. prov.läk.tj:n i Rimbo distr.* (i ordn. efter tj:år): ex. prov.-läkarna Dahlborg i Rimbo, Liedholm i Nybro, Lindfelt i Fjällbacka, Lundin i Ramsele, Lunell i Väddö och Efvergren i Malsjö.
Till *ex. prov.läk.-tj:n i Mulseryds distr.* (i ordn. efter tj:år): ex. prov.-läkarna Fliser i Grönskåra och Kinnwall i Klintehamn, (lic:rna C. A. Lindgren och K. V. Sterner, las.-underläk. i Karlshamn E. J. Cavallin.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *K. Rosén* t. f. prov.-läk. i Orusts distr. 1—31 jan. (t).
Kand. *H. Fröderström* t. f. bitr. hosp.-läk. i Stockholm 1 jan.—28 febr. (t).
Lic. *Ulrika Eriksson* t. f. hos.-aman. i Stockholm (v).
Vid Uppsala hosp. o. asyl 1 jan.—28 febr. (t): asylläk. *Norén* t. f. öfverläk. (utom för sjukvården å hosp.), bitr. läk. *Lundberg* t. f.

öfverläk. (för sjukvården å hosp.), kand. *H. Lundvall* t. f. bitr. hosp.-läk.
Kand. *M. Lundblad* t. f. asylunderläk. i Uppsala (v).
Lic. *S. Wiberg* t. f. bitr. hosp.-läk. i Göteborg 1 jan —28 febr. (v).
Kand. *Hadar Lidén* t. f. las.-läk. i Trelleborg 6 jan.—4 febr. (s).
Ex. prov.-läk. *I. Söderholm* t. f. ex. prov.-läk. i Orusts västra (jämte eget) distr. (v).

Död:

Innehafvaren af apoteket i Mellerud *J. F. V. A. Estelle* afled i Stockholm den 2 januari vid 71 års ålder.

Öfversikt af sammandragen af epidemirapporter

för halfva månaden 1—15 dec. 1906.

	Städer.					Landsbygd.				
	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa
Stockholm	1	31	75	—	107	—	—	—	—	—
Stockholms län	—	4	2	—	6	—	7	40	—	47
Uppsala	—	2	8	—	10	—	32	22	—	54
Södermanlands	—	1	2	—	3	1	3	17	—	21
Östergötlands	3	4	7	—	14	14	16	2	—	32
Jönköpings	1	2	11	—	14	—	11	18	—	29
Kronobergs	—	—	5	—	5	—	—	30	—	30
Kalmar	1	—	5	—	6	2	2	9	—	13
Gotlands	—	10	—	—	10	—	—	1	—	1
Blekinge	—	—	12	—	12	1	—	27	—	28
Kristianstads	—	—	2	—	2	1	—	36	—	37
Malmöhus	3	20	36	—	59	4	2	86	—	92
Hallands	—	—	2	—	2	—	3	45	—	48
Göteborg	1	38	8	—	47	—	—	—	—	—
Göteborgs o. Bohus	—	—	5	—	5	1	10	29	—	40
Älfsborgs	—	—	11	—	11	7	5	12	—	24
Skaraborgs	—	1	2	—	3	1	1	17	—	19
Värmlands	—	1	—	—	1	2	—	12	—	14
Örebro	—	2	1	—	3	1	5	9	—	15
Västmanlands	—	4	1	—	5	1	5	2	—	8
Kopparbergs	—	—	—	—	—	—	1	7	—	8
Gäfleborgs	—	8	—	—	8	—	22	9	—	31
Västernorrlands	—	—	4	—	4	1	3	21	—	25
Jämtlands	—	—	1	—	1	1	1	—	—	2
Västerbottens	—	—	1	—	1	6	13	9	3	31
Norrbottens	1	1	5	—	7	—	—	20	—	20
Summa	11	129	206	—	346	44	142	480	3	669

Summa sjukdomsfall i hela riket: nervfeber 55, skarlakansfeber 271, difteri 686, rödsot 3. — *Akut barnförlamning* 8 fall, hvaraf 4 i Öfvertorneå distrikt. — *Fläckfeber* 2 fall i Stockholms stad.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 18 januari 1907.

4:e årg. | Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER. | N:o 3.

Innehåll: ULRIK QUENSEL: Den experimentella kancerforskningen. — Apot. PAUL G. NORDSTRÖM: Auroform, en ny desinfektionsvätska i stället för den tyska Lysoform. — Genmäle från d:r N. A. Nilsson. — Om militärläkarebanan. — Periodisk litteratur. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser. — Epidemiöfversikt.

Den experimentella kancerforskningen.

Af

Ulrik Quensel.

(Forts. fr. n:r 2).

Man har ju talat om *endemier* af kancer hos människor, om hopade fall af denna sjukdom på en och samma plats eller t. o. m. i särskilda hus. De hittills förefintliga uppgifterna härom synas mig dock icke vara beviskraftiga.

Endemier af elakartade svulster hos djur hafva beskrifvits af flere forskare, och det är ett i ögonen fallande faktum, att tumörerna i de olika fallen hafva visat samma struktur och lokalisation, något som ej förekommit vid de såsom endemier ansedda fallen hos människor. Såsom exempel vill jag nämna: *Hanau* fann bland 100 råttor 3 med kankroid i vulva; *Loeb* fann i sitt laboratorium 3 fall af thyreoideasarkom hos hvita råttor; *Borrel* fann bland omkring 200 möss 20 med kancer; alla mössen hade lefvat och voro förmodligen födda i samma bur.

Man har för dylika fall velat antaga ett gemensamt infektiöst agens, hvilket *Loeb* tänkt sig såsom olika för olika svulstarter. Möjligheten af hereditärt inflytande kan dock ej uteslutas. Sammanlefnaden i samma bur af friska djur och sådana, som voro behäftade med transplanterade tumörer, har *Loeb* ej funnit medföra tumörbildning hos de friska djuren. *Gaylord* och *Haaland* hafva dock motsatta uppgifter och mena, att friska djur i några fall tydligen blifvit smittade af djur, å hvilka

transplanterats tumörer. Det är väl dock ej uteslutet, att sådana fall kunna hafva varit beroende på tillfälligheter, och frågan synes ej fullt utredd.

Vid den histologiska undersökningen af mustumörerna hafva samma slags bildningar påträffats, som i kancertumörer från människa af somliga forskare antagits vara parasiter, men af andra med större skäl fastställts såsom degenerationsprodukter af skilda slag, nämligen de s. k. cellinklusionerna, för att välja det mest indifferenta namnet på dem.

Några renkulturer af någon specifik parasit har man lika litet lyckats erhålla från djurtumörerna som ifrån människan härstammande tumörer. Något positivt nytt i den vägen hafva de hittills föreliggande experimentella svulstforskningarna sålunda ej frambragt, och för öfrigt hafva experimentatorerna jämförelsevis litet sysselsatt sig med denna art undersökningar, som synts utsiktslösa.

Dock hafva en hel del fakta framkommit, som äro belysande för spörsmålet om parasiters eventuella betydelse för de elakartade svulsternas uppkomst.

Alla hittills föreliggande rön visa öfverensstämmande, att *ett oundgängligt villkor för att en tumör skall efter ympning uppstå är förhandenvaron i ympmaterielet af oskadade, lefvande svulstceller.* En fullständig söndermalning af svulstcellerna *(Jensen, Sticker)* eller deras uppvärmning till en viss grad *(Loeb, Sticker)* äro tillräckliga för att förhindra ympsvulsters uppkomst. Filtrerar man svulstemulsioner genom filtrerpapper eller Berkefeldfiltra, så åstadkommer filtratet ej några svulster.

Det är sålunda tydligt, att det ej kan vara fråga om något utanför de lefvande svulstcellerna befintligt virus, som åstadkommer ympsvulsterna. Dessa uppkomma endast om oskadade svulstceller inympats och en lyckad öfverföring är ej annat än en *lyckad transplantation af svulstceller*, sålunda en på artificiell väg hos andra djur åstadkommen process, som till sitt väsen är fullt analog med metastasbildningen vid kancer och sarkom hos människan.

Jensen säger ock, att han ej funnit någon hållpunkt för antagandet af ett parasitärt ursprung af svulsterna. *Ehrlich* formulerar sina resultat på följande sätt: »besondere Umstände, die mit irgendwie zwingender Gewalt, oder auch nur mit Wahrscheinlichkeit für den parasitären Standpunkt sprechen, sind mir nicht begegnet, jedoch bin ich weit entfernt, in dieser Frage eine definitive Entscheidung treffen zu wollen».

Loeb lutar på grund af de nämnda endemierna af svulster hos djur till den åsikten, att ett gemensamt infektiöst agens ligger till grund för dem. Han menar, att hans försök dock utesluta möjligheten af, att det kan vara fråga om genom Berkefeldfiltra genomtränghara mikroorganismer och sådana som lefva utanför svulstcellerna; men försöken utesluta icke ultramikroskopiska eller mycket små inom cellerna lefvande parasiter, som utanför cellerna ej äro lifsdugliga. Den yttersta grunden till svulstbildningen ser *Loeb* i vissa cellerna träffande, i det inre af cellerna försiggående förändringar af kemisk eller fysikalisk-kemisk natur. *Borrel* och *Haaland* anse, att den vanligaste typen af mustumör visar natur af en infektionssjukdom. Man finner nämligen stundom serier af fall, som visa epidemisk eller endemisk karakter (se ofvan!).

I de transplanterade svulstbitarna hemfaller till en början en större eller mindre del åt nekros. Men i de positiva fallen öfverlefva en del af cellerna, och från dessa uppstå på grund af mitotisk delning de nya svulsterna, enligt öfverensstämmande resultat af flera forskare.

Ungefär 14 dagar efter ympningen uppstår (enl. *Jensen)* hos djuret en liten svulst, som efter 2—3 veckor blir stor som en ärta eller böna och efter ytterligare en månad som en valnöt eller mera. Stundom uppnår den senare en excessiv storlek, större än djurets egen.

De transplanterade svulstcellerna bibehålla sin ursprungliga biologiska karakter, och ympsvulsterna hafva samma struktur, som den tumör med hvilken djuren ympats. *Ehrlich* och *Apolant* hafva å samma djur ympat samtidigt delar af olika svulster med olika struktur (kancer och sarkom); och hafva så erhållit blandsvulster med struktur af carcinoma sarcomatosum, i hvilka dock sarkomet efter några generationer småningom tar öfverhand.

Ännu egendomligare är ett förhållande, som *Ehrlich* och *Apolant* i 3 fall iakttagit, att nämligen en ursprunglig kancer efter flera ympningar från djur till djur öfvergår i sarkom. Det första dithörande fallet förhöll sig på följande sätt. Tumören visade ursprungligen strukturen af ett adenokarcinom med infiltrerande växt. Af de öfverympade tumörerna undersöktes bitar från 1:sta, 2:dra och 6:te generationerna och visade samma struktur som ursprungstumören med ett ej betydligt bindväfsstroma. I den 10:e generationen visade sig, att svulsten blifvit en utpräglad blandtumör, bestående af endast sparsamma kancersträngar och en riklig spolcellväfnad. Ifrån den 14:de

generationen fanns ej ett spår af kancer att upptäcka, karcinomet hade försvunnit, och ett typiskt spolcellssarkom hade uppstått, som bibehöll sig rent i alla följande generationer ända till 26-te generationen, som uppnåtts, när fallet publicerades.

Ett andra analogt fall var ursprungligen ett alveolarkarcinom. Först när svulsten öfverympats i mer än 40 generationer uppträdde en tydlig förökning af bindväfven, som kunde fullföljas i öfver 20 generationer. Plötsligt utvecklade sig sarkomet på stormande sätt. I 68:de generationen var det ännu fråga om blandtumör, men i följande generation var det ett rent sarkom. I därpå följande generationer var det också i allmänhet ett rent sarkom, men dock påträffades i en af de 10 ymptumörerna af 71:sta generationen minimala spår af kancer, som äfven påvisades i 2 ympsvulster från denna tumör.

En direkt omvandling af kancercellerna i sarkomceller kan ej antagas. Enligt författarnes mening är det fråga om en retning, som utgår från kancercellerna och betingar en proliferation af svulstens bindväfsstroma, som utvecklar sig till sarkom. Grunderna till denna omvandling äro svåra att finna. Anmärkningsvärdt är, att sarkomomvandlingen äger rum först efter upprepade djurpassager, i första fallet 9 månader efter första ympningen, i andra fallet 2 år och i tredje fallet 2 $^1/_2$ år därefter. *Haaland* har visat, att om man uppvärmer en blandsvulst före inokulationen till 45° under 35—60 min., så blifva ympsvulsterna rent sarkomatösa utan spår af kancer.

Äfven *Loeb* har funnit en submaxillariskancer å en mus, som vid transplantationerna småningom öfvergick i en öfvervägande sarkomatös svulst.

Redan när man först funnit det möjligt att i stor utsträckning företaga experiment med svulster å djur, var en af de första frågorna, om detta skulle kunna föra till uppdagandet af metoder för en *immunisering* och specifik *serumterapi* af samma natur som vid vissa infektionssjukdomar. Möjligheten af en sådan var ju till finnandes vare sig man antager en parasit eller ej. I det förra fallet kan ju bildas antiparasitära ämnen i det senare specifika cytotoxiner.

Jensen meddelade redan 1902 en del uppmuntrande försök i denna riktning, som han företagit med den första af honom funna transplantabla mustumören. Han visade det vara möjligt att aktivt immunisera friska möss mot tumören. Han ympade vidare en kanin med stigande mängder af sönderrifven kancermassa, och blodserum från denna kanin visade sig äga läkande egenskaper, så att några möss med rätt stora svulster genom

behandling därmed hade fullständigt läkts, i det att svulsterna skrumpnade in och resorberades. Arbetet på att framställa ett verksamt kancerserum synes *Jensen* ej hopplöst, men han varnar för att hysa för stora förhoppningar och förväntningar — metoderna äro ännu ej tillräckligt säkra, vägen blir säkerligen lång; vår kunskap om cytotoxiner i allmänhet är ju ännu mycket ringa.

Äfven *Ehrlich* har gjort omfattande undersökningar angående möjligheten af aktiv immunisering af möss gent emot de hos dem förekommande spontana tumörerna. Han valde som metod att först ympa med svagt virus och använde som immuniserande material tumörer, som endast visade ringa virulens. Han hade ett sådant till sitt förfogande i hæmorrhagiska tumörer, som ej visade positivt ympningsresultat i mer än $^1/_5$ % af fall. Om han sedan ympade högvirulent tumör på djur som genomgått en ympning med dylik svulst, så visade sig dessa i öfvervägande antalet fall immuna, nämligen i 66—90 %. Denna immunitet inträder raskt, efter 7—14 dagar och varar veckor eller månader. Ännu regelbundnare åstadkoms immunitet å sådana djur, som ursprungligen blifvit ympade med högvirulent material, men å hvilka svulsten dock ej vuxit; sådana djur reagerade nämligen nästan aldrig på en efterföljande ympning. *Ehrlich* är öfvertygad om att vid användning af på lämpligt sätt dödadt material och eventuellt vid upprepad ympning af detsamma, det skall blifva möjligt att åstadkomma en fullständig immunitet hos alla försöksdjur.

Synnerligen intressant och viktigt är det resultatet, att immuniteten ej var fullt specifik, ty i allmänhet gaf en föregående ympning med vare sig karcinom eller sarkom immunitet för såväl karcinom som sarkom och i en del fall t. o. m. för ett transplantabelt chondrom.

Ehrlich anser, att den experimentelt förvärfvade immuniteten är aktiv och beror på bildningen af specifika antikroppar.

Äfven andra forskare hafva sysselsatt sig med immuniseringsförsök. *Clowes* och *Baesluk* funno, att sådana djur, hos hvilka en inokulerad tumör spontant läkes — hvilket ej sällan synes inträda, då t. ex. *Gaylord* fann det i ej mindre än 100 fall — äro immuna mot efterföljande ympning. De företogo vidare försök med serum från sålunda immun vordna djur. De blandade serum med tumörmassa och injicerade en sådan blandning på 89 möss; hos 12,8 % af djuren uppkom tumör, under det att bland 133 kontrolldjur 31,6 % visade positivt ympningsresultat. De yttra sig reserveradt om försökens resultat men tro, att en kancerfientlig substans förefinnes i de immuna

djurens serum. *Michaelis* kunde vid sina försök ej åstadkomma någon immunitet.

Stickers undersökningar med det meromnämnda hundsarkomet äro viktiga. Han fann, att en spontan läkning af ymptumörerna inträffade i 16 % af fall, och att denna medförde immunitet för en förnyad ympning. *Sticker* har gjort den iakttagelsen, att intravenös injektion af sarkomcellerna ej åstadkommer någon svulstbildning, hvilket han anser bero på svulstcelldödande egenskaper hos blodet. Om han upprepade gånger injicerade lefvande sarkomceller intravenöst å djur, som ledo af sarkom, så gingo svulsterna småningom fullständigt tillbaka samtidigt som aktiv immunitet inträdde. Dessa resultat förklarar *Sticker* på det sättet, att de i blodet införda sarkomcellerna reta organismen till en häftig reaktion med öfverproduktion af antisubstanser, dels antitoxiner, dels cytolysiner. Genom dessas inverkan sönderfaller sarkomet genom cyto- och karyolys. *Sticker* har vidare i 2 fall användt serum från immuna hundar i terapeutiskt syfte och funnit, att svulsterna under dess inverkan delvis resorberats.

Leyden och *Blumenthal* hafva i 3 fall försökt att behandla inoperabel kancer hos människan dels genom injektion af kancersaft och dels med serum från en get, som under några veckor förbehandlats med tumörextrakt. Resultaten voro emellertid mycket ofullkomliga och om behandlingen verkligen varit af värde, kan ej med bestämdhet sägas.

- - -

Frågan om den första orsaken till vissa cellers omvandling till maligna svulstceller har ej genom de här afhandlade experimentella undersökningarna å mustumörer nått närmare sin lösning. På helt annan väg har helt nyligen *Fischer* sökt att komma detta spörsmål närmare in på lifvet. Han har subkutant på örat å kaniner insprutat koncentrerad lösning af ett färgämne, »scharlachrot», i olivolja och funnit, att detta retar epitelcellerna till en excessiv växt, så att han redan efter 1—2 veckor får bilder, som erinra om kancer med nedväxning i bindväfven af mäktiga epiteltappar ofta med »kankroidperlor»; någon verklig kancer med destruerande, ohejdad växt har emellertid ej därigenom erhållits. Men onekligen äro de bilder han fått synnerligen märkvärdiga, och det är ej uteslutet, att vi här stå inför ett värdefullt uppslag. *Fischer* anser, att »scharlachöl» har starkt kemotaktisk verkan på epitelet och menar, att vissa kemiska ämnen, som han kallar »attraxiner», äro utmärkta därigenom, att de inverka retande på epitelcellerna och föranleda dessa till atypisk växt.

- - -

De hittills utförda och i gång varande experimentella forskningarna skola säkerligen bidraga till att sprida allt mera klarhet i kancerfrågan. Man torde emellertid ej utan vidare kunna öfverföra de vunna resultaten såsom gällande äfven för den hos människan förekommande kancern, men dessa kunna utan tvifvel bidraga till att skänka oss en allt fastare grundval för den vidare kancerforskningen samt att möjliggöra nya frågeställningar och en allt djupare inblick i kancerfrågans dunkla problem.

Ehrlich liknar kancerfrågan vid en fästning, som det gäller att genom belägring intaga, och säger beträffande den experimentella kancerforskningens resultat: »einige beherrschende Bollwerke der Festung sind schon in unseren Händen und die anderen werden hoffentlich auch bald folgen, so dass dann, die Hauptaufgabe, die Bekämpfung des menschlichen Krebses, mit Aussicht auf Erfolg in Angriff genommen werden kann.»

Auroform, en ny desinfektionsvätska i stället för den tyska Lysoform.

Af

Apotekare **Paul G. Nordström**, Hessleholm.

Lysol, den gamla i viss mening goda desinfektionsvätskan, utgörande en lösning af kreosol i såpa, har allt mer och mer börjat försvinna från recepturen å våra apotek, undanträngd af sin nya konkurrent det tyska preparatet Lysoform, som framför det förstnämnda har en angenäm lukt, ej frätande egenskaper och större bakteriedödande förmåga.

För att å min sida hjälpa till, hvad min lilla förmåga förmår, att förhindra svenska pengar gå till utlandet för varor, som kunna beredas inom landet, samt dessutom för att åstadkomma ett preparat, som ej är så dyrt, ej gör huden hård och är starkare bakteriedödande, har undertecknad sökt framställa ett motsvarande preparat Auroform, som nu i dagarna utsändts.

Genom först bakteriologisk undersökning och därefter noggran pröfning af legitimerad läkare har det visat sig ej blott vara lika godt utan $^1/_8$ bättre än Lysoform, och det är om detta nya preparat, jämfördt med Lysoform, jag skulle vilja skrifva dessa rader.

Jag vill då först omnämna de två framställningssätt som finnas angifna för Lysoform.

1) Det första finnes angifvet i tyska tidskrifter och lyder sålunda: 60 delar kalisåpa, beredd af prima kokosolja + 24 delar dest. vatten försättes under omröring vid en värmegrad af 45—50° med gasformig formaldehyd, hvartill fordras 10—15 delar af denna senare.

2) Det andra finnes infördt i Farm. Revy och lyder sålunda:

6 delar Sesamsåpa beredd efter Ph. Sv. + 4 delar 30 % Formalin uppvärmes i slutet kärl till lösning.

Huru Lysoform fabriceras kan jag ej med bestämdhet säga, men efter de analyser och de försök, som jag gjort af och med detsamma, vill jag upplysa att såsom föreskriften lyder i Farm. Revy, Lysoform ingalunda kan beredas. Ett preparat beredt efter nr 2 utkristalliserar vid ringaste köld, stinker af formaldehyd och är i följd häraf obehagligt och sådan får ej en Lysoform vara.

Huru jag bereder min Auroform vill jag naturligtvis ej i detalj nämna, endast de principer, som måste följas. Välluktande kalitvål måste användas. Formaldehyden måste bindas i vätskan så, att den obehagliga lukten bortgår. Formaldehydens garfvande egenskaper måste borttagas. Det senare har jag åstadkommit genom tillsats af terpineol.

Jag tillåter mig härmed meddela intyg, som blifvit mig gifna.

T. f. provinsialläkaren doktor Karl Gustafson i Hessleholm har lämnat följande intyg:

»Undertecknad har denna höst i stället för Lysol vid sårbehandling användt Auroform och funnit detsamma vara fullt jämförligt med, om ej öfverträffande Lysol, framför hvilket senare det dessutom har den afsevärda fördelen af en behaglig lukt.»

Praktiserande läkaren i Helsingborg, doktor Hugo Malmquist har lämnat följande intyg:

»— — — att jag användt eder 'Auroform' i såväl obstetrisk som gynekologisk praxis och därvid funnit den fullt jämförlig med den förut använda Lysoformen.»

Bakteriologisk undersökning är utförd af fil. doktor K. G. Kuylenstjerna, Stockholm, som skrifver:

»— — — Preparatets bakteriedödande förmåga har profvats på den svårdödande varkokken 'pyogenes aureus'. Resultat af undersökningen har blifvit, att preparatet 'Auroform' visat sig vara ej obetydligt starkare är 'Lysoform', hvilket tydligen framgår af nedanstående tabell:»

En 13 timmar gammal filtrerad varkokk-buljongkultur

försattes med:	Relation mellan preparat och kulturvätska	Resultatet i termostat vid 37° C efter timmar: 12	24	36	48	60	72	84	96	108	120	132	144	156	168	Anmärkningar:
Auroform	1 : 500	++	+	—	—	—										++ anger en bakteriväxt på c:a 50 och till oräkneliga bakteriekolonier. + anger en bakteriväxt ej öfverstigande 50 kolonier. — anger att ingen växt mer inträdt. Kulturen innehöll 67,083 bakterier pro-platinaögla.
Lysoform	1 : 500	++	+	—	—	—										
Auroform	1 : 1000	++	++	+	—	—	—									
Lysoform	1 : 1000	++	++	++	++	+	—	—	—							
Auroform	1 : 1500	++	++	++	++	+	—	—	—							
Lysoform	1 : 1500	++	++	++	++	++	++	+	—	—	—					
Auroform	1 : 2000	++	++	++	++	++	++	+	—	—	—					
Lysoform	1 : 2000	++	++	++	++	++	++	++	++	++	+	—	—	—		
Auroform	1 : 2500	++	++	++	++	++	++	++	++	+	—	—	—			
Lysoform	1 : 2500	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	+	+(1)	0	
Auroform	1 : 3000	++	++	++	++	++	++	++	++	+	+	—	—	—		
Lysoform	1 : 3000	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	+	+	

Medicinaltaxans pris blir 10 gr. 5 öre; 100 gr. 45 öre; 1,000 gr. — 3: 15.

Genmäle från d:r N. A. Nilsson.

Då undertecknad ej haft Läkartidningen i år, har jag först nu genom Jordemodern fått veta, att i Läkartidningen införts mitt föredragsreferat om den *Lindblomska förlossningstången* på samma gång som den hänsynslösa och icke sakliga kritiken af densamma.

Med anledning häraf får undertecknad vördsamt anhålla om följande korta genmäles införande.

Då undertecknad höll sitt föredrag om Lindblomska förlossningstången, var det *af flere skäl* ej min mening att bemöta möjligen kommande kritik. Jag ville och gjorde det heller icke och kommer ej heller att göra det, *förr än den håller sig till sak.*

Särskildt ber jag få påpeka, att *fönster*-tången är ett brott mot fysikens (trycklärans) A B C D,

att *Lindblomska tången* ligger på fosterhufvudet så, att *fosterhufvudet* vidgar,

att denna nya tång ändrar om hela förlossningsläran till största möjliga fördel för kvinna och foster och att dessa satser ovillkorligen måste inses *på grund af tångens konstruktion* af hvar och en, som har något öfvat sig i (medicinsk) filosofi och äger förmåga att deducera från gifna faktiska förhållanden och verkligen *vill* göra detta.

Det är ej konstigare att begripa den ena tångens lämplighet jämförd med en annan tångs, än då en snickare t. ex. bedömer, att det ena verktyget är bättre för ett visst ändamål än det andra; än då ingeniören inser, att den apparaten är tjänligare än den andra; eller t. ex. då man inser, att den Ericssonska telefonen är bättre än den Bellska. Detta bevisas ej direkt genom hundra eller tusen telefoneringar. Icke heller bevisas den Lindblomska tångens öfverlägsenhet direkt genom statistik på induktivt sätt af 100 eller 1,000 samlade fall, utan *deduktivt af tångens konstruktion.* Dessa fall kunna endast ytterligare verificera beviset. — Många intyg från mina förlossningar med nämnda tång kunna också anskaffas, om beviskraften för tångens duglighet därigenom skulle kunna ökas.

Slutomdömet torde därför tills vidare uppskjutas. Jag ingår ej i kritiksvar med någon annan än den, som först verkligen användt tången, viss som jag är, att sedan den användts på af mig föreskrifvet sätt några gånger, *fönstertången aldrig mer kommer att användas.*

Då jag kämpar för en god, sann och rättvis sak, är jag

ej tvifvelsam om det slutliga resultatet. — Den dag torde komma, då vederbörande skola ångra den förhastade kritiken.

Högaktningsfullt
N. A. Nilsson,
Prakt. läkare.

Örebro den 13 dec. 1906.

P. S. Hvad beskyllningen för inkollegialitet beträffar, vill jag ännu en gång framhålla, att *jag ej själf varit upphofvet* till den omskrifna tidningsnotisen, att föredrag om tången redan förut varit anmäldt till läkarmötet i Malmö samt att tångmodellen varit och fortfarande är för alla tillgänglig hos Stille. Föredraget i Stockholm var således ej alls »framtvingadt».

D. S.

Någon större risk att behöfva inlåta sig med kolleger i en »saklig» diskussion om den Lindblomska tången torde d:r Nilsson ej löpa, om det skall ske på grundvalen af ofvanstående, utomordentligt roliga satser. F. ö. kan d:r N. trösta sig med, att det ej var den »goda, sanna och rättvisa saken», hoc est på prosa tången, som hufvudsakligen var föremål för kritiken i Läkarsällskapet, utan det var fastmer den för saken kämpandes uppgifter om sina egna bedrifter, som väckte en allmän misstro.

Att d:r N. ej »själf varit upphofvet» till den omskrifna tidningsartikeln, utan blott biträdt vid dess redigering har d:r N. förut meddelat, men det ändrar icke vårt omdöme om arten af hans handlingssätt.

Red.

(*Insändt*).

Om militärläkarebanan.

Närmast föranledd af d:r Gullströms insändare i n:o 1 af Läkartidningen, tillåter jag mig följande inlägg i frågan.

Låtom oss börja med det minst viktiga: Jag delar fullkomligt d:r G:s uppfattning, att läkaren bör ha' samma rang som jämnåriga officerare. För oss läkare själfva spelar ju denna sak en så utomordentligt underordnad roll. Officerarne anse däremot visst icke rangen som en bisak; min erfarenhet från flottan — där jag tjänstgjort såväl med kaptens som (senare) med löjtnants rang — är den, att vederbörande befäl dock märkvärdigt nog skänka större uppmärksamhet åt och fästa större afseende vid »kaptenens» än »löjtnantens» anvisningar och framställningar. D:r G:s antagande att »obehag kunna förorsakas snarare genom i förtid erhållen väl hög rang» har jag ej funnit besannadt, ehuru jag redan vid 24 års ålder bar tre ränder.

D:r Gullström tycker, att militärläkarebanan af de tidigare insändarne tecknats i väl mörka färger. Jag medger gärna, att den

tafla, som upprullats, ingalunda varit ljus och glad, men färgerna ha enligt mitt förmenande visst icke blandats mörkare, än hvad som svarar mot den verklighet de afsett att teckna.

Jag tror icke, som d:r G., att tillfällena till civil praktik komma att bli så vidare beaktansvärda. Flertalet regementen förläggas ju ej till storstäder, utan till små, oansenliga orter, där det civila läkarebehofvet vanligen redan är fullt tillgodosedt och där i hvarje fall omöjligen kan finnas plats för tre nya läkare. Det kan invändas att äfven om den nuvarande militärläkaregenerationen blir svårt lidande härpå, så komma förhållandena att i en framtid utjämnas, i det att de civila läkarnes antal undergå en mot förhållandena svarande reduktion. Jag tror dock att ej heller senare den civila praktiken för militärläkaren blir en faktor att räkna med. Ty jag håller ej, såsom d:r G., före, att nödig tid verkligen numera finnes eller får finnas öfrig för annan verksamhet än den militära, n. b. ej under den stora del af året man är i tjänstgöring — *sävida tiden ej rent af stjäles!* Under regementsöfningar och inskrifningar kan man absolut ej hinna med något annat än tjänsten, därom äro väl alla ense. Huru ställa sig förhållandena under den snart 5 månader långa beväringsrekrytskolan? Först sjukvisitationen: Ett 50-tal sjukanmälda höra till ordningen för dagen, det medger äfven d:r G. Enligt min erfarenhet är detta antal mycket lågt beräknadt. Låt oss nu säga, att åt hvar och en af dessa sjukanmälda — som skola uppropas, komma in, examineras, vanligen med karakteristisk långsamhet klä af sig flera eller färre plagg, undersökas, antecknas och behandlas — ägnas en tid endast af 2—3 minuter. — Detta är en mycket kort tid, om nämligen läkaren är samvetsgrann och ej vill utsätta sig för risken af ödesdigra förbiseenden — som under de senaste åren tyvärr alltför ofta låtit tala om sig. Det gör oss en sjukvisitation på minst 2 à 3 timmar.

Vidare går läkaren en rond å sjukhuset på f. m och en på e. m. Vi kunna kanske räkna dessa till så kort tid som en halftimma hvardera, äfven om vi häri inbegripa medikamentsrekvisitionerna, journalföringen och matskrifningen. Alltså tillsammans minst en timma.

Jag vågar påstå, att den läkare försummar sin plikt, som ej själf ägnar minst en timma dagligen åt utbildningen af resp. sjukbärare-, sjukvaktare- och sjukvårdssoldatskolorna = 3 timmar (och denna utbildning *måste* ledas af samme läkare, som har hand om de sjuka, alldenstund dessa i stor utsträckning få tjäna som undervisningsmaterial).

Slutligen bör läkaren absolut ägna någon stund på dagen åt inspektion af barackerna eller marketenterierna, åt manskapets beklädnad, deras föda och dess tillredning m. m.

Vi ha då en daglig minimiarbetstid af c:a 8 timmar. Lägg så härtill alla efterbesiktningarne, all den tid läkaren är skyldig att ägna åt samtlige värnpliktiges undervisning i förbandsanläggning m. m. och åt deras hygieniska uppfostran; vidare alla möjliga extra undersökningar — ty nästan dagligen skickas folk på alla tider från exercisen till doktorn eller kallas denne ut långa vägar, ofta för den minsta bagatell. Lägg slutligen till allt arbete vid eventuellt utbrott af en epidemi eller dyl. Det går mycket väl för sig, om man arbetar systematiskt, att hinna med alltsammans ordentligt — *men tid öfrig för någon vidare enskild verksamhet får man sannerligen icke.* Och den tid man är kommenderad är redan nu så lång, att den i högst väsentlig grad minskar utsikterna till privatpraktik under mellanperioderna.

D:r G. säger slutligen, att yngre bataljonsläkares aflöning vid icke garnisoneradt regemente beräknas till 1,915 kr. Ja, någonting

ditåt får man ju skatta för. Men det belopp, som till oss utbetalas och som vi snart skola bli hänvisade att lefva af, är ju högst afsevärdt mindre — det vet d:r G. likaväl som jag. Kunskapen härom böra vi ej undanhålla våra yngre kolleger, som reflektera på militärläkarebanan. Föregående insändare ha ock redan berört denna fråga; jag vill endast tillägga, att de obligatoriska afdragen för de flesta under de första ordinarie åren snarast äro större än hvad redan framhållits.

Infanteri-bataljonsläkarne bli i allmänhet hvartannat år kommenderade till volontärskola (kommenderingar utom regementets stånd gå nämligen i tur endast på de *sämst aflönade*, på bataljonsläkarne) måste man då hålla vikarie för sig på denna kommendering — t. ex. till Karlsborg, där ingalunda är tillfälle till extra förtjänst — och betala den numera, tack vare stipendiatstrejken synnerligen svåråtkomliga vikarien stadgade 7 kr. om dagen + reseersättning, så är den summa lätt räknad, som återstår för ens eget ansträngande arbete med inskrifningarne, beväringsrekrytskolan och regementsöfningarne — frånsedt nu de allt vanligare s. k. vinterarbetena och alldeles frånsedt militärläkarekursen, hvilken tillhör de första ordinarie årens vedermödor och som nog alla skulle önska ha haft bakom sig som kompetensvillkor redan vid första tillträdandet af ordinarie befattning.

Jag är fullt ense med d:r G. att »*Bataljonsläkares*» *förslag förtjänar att af vederbörande väl beaktas* och tagas under ompröfning. *En* ny läkare kan det vara plats för inom de nya garnisonsorterna, helst som han nu erhåller så pass betalning, att han ej blir beroende af privatpraktiken. *För tre läkare blir det plats endast i några få undantagsfall.*

Antingen *måste* då vid en *snar* omorganisation tas vederbörlig hänsyn till »Bataljonsläkares» förslag eller också *måste* man från början ge äfven bataljonsläkarne en aflöning, som ej blott gör deras existens fullt oberoende af privatpraktiken utan äfven ersätter studiekostnaderna. Ty det är icke, som d:r G. menar, *slutlönen*, som i första hand behöfver hjälpas upp — det är *begynnelselönen*. Och i detta senare fall skulle bataljonsläkarne bli vida dyrare för staten än hvad deras tjänstearbete i och för sig kan anses vara värdt. *En genomgripande ändring till det bättre måste vi ha' och det snart.* Eljest bli säkert många af oss yngre nödsakade att taga afsked för att slippa ställas i valet mellan att sköta tjänsten otillfredsställande och stjäla tid till så mycken enskild verksamhet, som står att få — eller också att uträtta ett viktigt arbete i statens tjänst för svältlön.

Lund 5 Jan. 1907.

Fritz Ask.

Periodisk litteratur.

Här meddelas de senaste tidskriftshäftenas innehåll med undantag af referat, boknyheter m. m.

Hospitalstidende, n:r 46—49. *H. Rönne:* Undersøgelse over en total Farveblind med nogle teoretiske Betragtninger over Synsopfattelsen. — *A. Friedenreich:* Bidrag til Apoplexiens Diagnostik. — *K. Malling:* Et Tilfælde af Dystrophia muscularis progressiva (med Autopsi). — *A. A. Meisling:* Om Synet og dets fysisk kemiske Grundlag. — *E. Toft:* Meddelelse om et Tilfælde af et penetrerende Bugsaar behandlet paa Vestervig Amtssygehus med Laparotomia, Helbredelse.

Tidskrift for den norske lægeforening, n:r 23. *H. Natvig:* Fodvendingens historie. — *C. Bonnevie:* Om præventiv serumbehand-

ling ved difteri. — *M. Geiersvold:* Epidemiske sygdomme i Norge. — Desinfektion ved smitsamme sygdomme i Akershus amt. — Regulativ for lægehonorar i byerne.

Medicinsk Revue, *W. Loennecken:* Fibroma uteri gravidi. — *N. Kahrs:* Födsel ved fibromatös uterus. — *N. Kahrs:* Fra praksis.

Ugeskrift for læger, n:r 47—50. *H. Lehmann:* Tuberkuloseloven og Skolerne. — Distriktslægeforeningens Andragende til Regering og Rigsdag. — *A. Flöystrup:* Albuminuri som Hindring for Livsforsikring. — *F. Howitz:* Exstirpationsmetoden ved tidlige Tilfælde af Cancer uteri.

Hvarjehanda notiser.

Jubileumsfondens sanatorier. Vid början af innev. januari månad var antalet patienter, som väntade på ledig plats vid sanatorierna, följande:

	Män			Kvinnor		
	Hålahult	Österåsen	Hessleby	Hålahult	Österåsen	Hessleby
Plats i helenskildt rum à 3,50 pr dygn	3	7	3	1	5	8
» i halfenskildt » » 2,50 » »	11	10	13	3	7	23
» i allmänt » » 1,25 » »	67	42	57	50	37	40
» i » » » 0,50 » »	65	59	76	54	25	61

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1] betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2] att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3] att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Biträdande hosp.-läk.-tj:n i Göteborg[2])	21 jan.
En marinläk.-tj. af 2:a graden, (ansökan, ställd till Konungen, inlämnas hos marinöfverläkaren)	21 jan.
Extra prov.-läk. tj.n i Frostvikens distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	21 jan.
Extra prov.-läk.-tj:n i Orusts västra härads distr.[2]) (ledigförklarad för tiden t. o. m. 1907; distr. omfattar Orusts v:a härad [med undantag af Gåsön och Skaftön] af Göteborgs och Bohus län med 9,669 invånare den 1 jan. 1905; station i närheten af apoteket i Kårehogen; löneförmåner: 3,000 kr.)	23 jan.
Extra prov.-läk.-tj:n i Ljungskile distr. (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod; sökes hos distr.-styrelsen adr: Ljungskile)	23 jan.
Aman. befattn:n v. Stockholms hospital (sökes hos öfverläkaren)	30 jan.

Biträd. läk.-tj:n v. lungsots- och allm. sjukafd:n å fattigvårdsanst:n Gibraltar, Göteborg (se annons!) 31 jan.
Biträd. läk.-tj:n v. Stockholms stads allm. försörjn.-inrättn:s afd. för sinnessjuka (se annons!) 31 jan.
Stadsläkartj:n i Jönköping (ansökan, ställd till stadsfullmäktige, inl. till magistraten) 4 febr.
Läkarbefattn:n v. länsfängelset i Vänersborg (sökes hos K. Befalln:hde) 6 febr.
Extra prov.-läk.-tj:n i Svedala distr. (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod; sökes hos distr.-styrelsens ordf.) 8 febr.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Falun[2]) (löneförmåner: 2,500 kr. + 300 för elevers undervisn. jämte fri bostad och kost samt en månads semester) 8 febr.
Tvänne stadsdistr.-läk.-tj:r i Örebro (ledigförklarade på grund af ny femårsperiod) 9 febr.
En marinläk.-stip.-befattn (ansökan, ställd till med.-styr:n, inl. hos marinöfverläk.) 11 febr.
Prov.-läk.-tj:n i Hofva distr.[1]) (*ånyo* ledigförklarad, då en af de på förslag uppförda återtagit sin ansökan) 11 febr.
Extra prov.-läk.-tj:n i Dalarö distr. (ledigförklarad för tiden 1907—1911; förre inneh:n befordrad; distr. omfattar Dalarö, Ornö, Nämdö och Österhanninge socknar med 3,386 invånare den 1 jan. 1905; station och medikamentsförråd i Dalarö; lön: 2,075 kr) 11 febr.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Västervik[3]) (*nyinrättad;* löneförmåner: 1,800 kr. + 400 för elevers undervisn. jämte fri bostad och kost) 11 febr.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Visby[3]) (löneförmåner: 2,400 kr. jämte fri bostad och kost) 13 febr.

Lediga apotek:

Apoteket Lejonet i Jönköping (priv. uppskattadt till 75,000 kr.) 28 jan.

Af Med.-styr.:n utnämnda och förordnade:

Till marinläk.-stipendiater: kand:rna *A. Evander* och *L. M. Möller.*

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Bat.-läk. i reserven m. m. *S. Hultin.*
Las.-underläk. i Umeå m. m. *Th. Hammarin* (31 jan.)

Af Med.-styr:n upprättade förslag:

Till erhållande af *resestipendier för prov.- och stadsläkare* à 500 kr.: N. J. H. Englund, A. F. Robbert, W. A. C. Winther, G. J. V. Stéenhoff, A. E. Ekblom.
Till erhållande af *resestipendiet för hosp.-läkare:* R. Stenbeck.

Sökande:

Till *las.-läk.-tj:n i Kalmar:* G. Bäärnhielm har återkallat sin ansökan.
Till *stadsläk.-tj:n i Lindesberg:* lic:rna G. Brand och F. Ödqvist.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *G. Brand* t. f. stadsläk. i Umeå 1 jan.—28 febr. (t).
Bitr. prov. läk. *A. J. Ekelund* t. f. stadsläk. i Jönköping (v) och lic. *K. Stålberg* t. f. bitr. prov.-läk. i Jönköpings distr. under samma tid.

Bitr. prov.-läk. *B. Aurelius* t. f. 1:e prov.-läk. i Västerbottens läns och prov.-läk. i Umeå distr. 1—31 jan. (t).
Kand. *E. Wemer* t. f. ex. prov.-läk. i Charlottenbergs distr. fortf. t. o. m. 15 febr. (t).
Lic. *W. Sterner* t. f. ex. prov.-läk. i Orusts v:a härads distr. från 11 jan. (v).
Lic. *S. Holmblad* t. f. prov.-läk. i Sundsvalls distr. 6—20 jan. (t).

Medicinalstyrelsens kommissionär.

Till kommissionär efter notarien Hj. Willers har styrelsen antagit amanuensen, jur. kand. *C. A. Ljungholm*, som träffas å styrelsens kansli hvardagar kl. 11—12 och 2—4.

Öfversikt af sammandragen af epidemirapporter

för halfva månaden 16—31 dec. 1906.

	Städer.					Landsbygd.				
	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa
Stockholm	1	35	59	—	95	—	—	—	—	—
Stockholms län	—	—	3	—	3	1	4	22	—	27
Uppsala	1	1	9	—	11	—	30	5	—	35
Södermanlands	—	1	2	—	3	—	3	23	—	26
Östergötlands	—	5	4	—	9	—	4	11	—	15
Jönköpings	—	1	9	—	10	—	9	15	—	24
Kronobergs	1	—	3	—	4	3	2	34	—	39
Kalmar	3	1	2	—	6	2	4	26	—	32
Gotlands	1	8	—	—	9	—	1	6	—	7
Blekinge	—	—	10	—	10	1	—	17	—	18
Kristianstads	—	—	3	—	3	2	—	28	—	30
Malmöhus	3	11	39	—	53	2	6	44	—	52
Hallands	2	7	18	—	27	3	3	64	—	70
Göteborg	1	18	13	—	32	—	—	—	—	—
Göteborgs o. Bohus	—	—	—	—	—	1	1	11	—	13
Älfsborgs	1	—	—	—	1	5	—	36	—	41
Skaraborgs	—	4	1	—	5	1	—	20	—	21
Värmlands	—	—	—	—	—	1	—	7	—	8
Örebro	2	—	—	—	2	—	15	2	—	17
Västmanlands	1	2	—	—	3	1	12	3	—	16
Kopparbergs	—	—	—	—	—	1	12	1	2	16
Gäfleborgs	—	7	6	—	13	—	25	13	—	38
Västernorrlands	—	1	3	—	4	—	—	14	—	14
Jämtlands	—	—	—	—	—	—	2	2	—	4
Västerbottens	1	—	1	—	2	1	6	3	—	10
Norrbottens	—	4	1	—	5	1	—	13	—	14
Summa	18	106	186	—	310	26	139	420	2	587

Summa sjukdomsfall i hela riket: nervfeber 44, skarlakansfeber 245, difteri 606, rödsot 2. — *Akut barnförlamning* 5 fall (spridda).

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 25 januari 1907.

4:e årg. | Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER. | N:o 4.

Innehåll: GÖSTA FORSSELL: Den svenska läkarutbildningens förbättrande genom en tids obligatorisk tjänstgöring som underläkare före legitimationens erhållande. — Bokanmälan. — Minimitaxa. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser. — Kvartalsrapport.

Den svenska läkarutbildningens förbättrande genom en tids obligatorisk tjänstgöring som underläkare före legitimationens erhållande.[1])

Af

Gösta Forssell.

Den medicinska undervisningen i Sverige äger för visso med rätta namn om sig att vara grundlig och är i många stycken måhända icke öfverträffad. Sedan länge ha dock bestämda och berättigade klagomål blifvit framställda däröfver, att icke under studietiden praktisk erfarenhet och färdighet vinnes, motsvarande utbildningens längd och det nedlagda arbetet. Sedan behofvet af en reform flera gånger under de senaste årtiondena blifvit kraftigt framhållet, såväl af enskilde intresserade läkare och af Karolinska institutets lärarekollegium, som af studenterna själfva, framlade, som bekant, en på riksdagens anhållan tillsatt kunglig kommitté i april 1904 förslag till ny stadga angående de medicinska examina och det medicinska undervisnings- och studieväsendet. Detta kommittéförslag afsåg att genom förkortning af de studier, som förbereda de egentliga medicinska, genom en lämplig kombination af sammanhörande ämnen samt genom närmare förbindelse mellan de bokliga och praktiska studierna liksom genom en viss förlängning af den kliniska utbildningstiden vinna såväl någon förkortning som ett större praktiskt utbyte af de medicinska studierna. Det kungliga kommittéför-

[1]) Föredrag i Med. Fören. i Stockholm den 12 jan. 1907.

slaget afser reformering af studierna helt inom ramen af den bestående studieanordningen. Genom Karolinska Institutets lärarekollegium har emellertid vid granskning af det kungliga kommittéförslaget fråga blifvit väckt, huruvida icke en reform vore af nöden, icke blott beträffande detaljer af den nuvarande studieordningen, utan äfven af själfva utbildningssättet och examensformen. Det är den förra af dessa frågor, som jag erhållit i uppdrag att här inleda till diskussion, frågan om införande af en ny utbildningsform i den obligatoriska undervisningen, nämligen en praktisk utbildning på sjukhus efter licentiatexamen. Det är professor Erik Müller, som i Karolinska Institutets lärarekollegium först väckt förslag om denna reform af den praktiska utbildningen, men redan för 17 år sedan förordade professor G. Retzius i ett föredrag i läkaresällskapet införandet af denna utbildningsform i vår allmänna läkareutbildning. Lämpligheten af en sådan har 1905 blifvit diskuterad af allmänna svenska läkaremötet i Malmö och har alltså blifvit ställd inför det forum, som bäst känner den svenska läkarbildningens behof af denna utbildningsform. Frågan om det s. k. praktiska året är nu anförtrodd åt en kommitté af utmärkte, sakkunnige män, hvadan en grundlig och mångsidig utredning af densamma är att emotse. Om också den läkare, hvilken i praktiken pröfvat den utbildning hans studietid skänkt honom, bättre än någon annan är i tillfälle att bedöma undervisningens behof, så torde dock de äldre medicine kandidaterna och de nyblifne läkarne besitta en viss kompetens att bedöma sin förmåga att efter under nuvarande förhållanden aflagd examen börja en verksamhet som läkare. Därför kan det måhända äfven vara af något värde för saken att nu, då ämnet är under utredning, höra opinionen från nyss nämnda håll. Det är under den förhoppningen, som jag djärfts åtaga mig uppdraget att i afton inleda diskussion om lämpligheten af en obligatorisk praktisk läkareutbildning efter afslutade kliniska tjänstgöringar. Med kännedom om att efter mig en högt ärad talare kommer att gifva en framställning af det praktiska året sådant det ter sig i de länder, där det redan genomförts, skall jag begränsa mig till att framhålla de synpunkter, hvilka en nyblifven svensk läkare kan hafva på denna fråga på grund af egen och kamraters erfarenhet och på grund af befintliga uppgifter angående svenska förhållanden.

För att en praktisk utbildning efter examen skall kunna upptagas i studieordningen med konsekvens, att den obligatoriska studietiden blir förlängd trots den förkortning, som den nya studieordningen annars möjligen kan medföra, fordras med

nödvändighet, att den motsvarar ett erkändt behof. Men skulle å andra sidan den allmänna erfarenheten tydligt visa, att en dylik praktisk utbildning kräfves, för att den unge läkaren skall kunna förvärfva det mått af praktisk duglighet och erfarenhet, som fordras för att kunna på ett tillfredsställande sätt utöfva läkarepraktik, då synes det mig vara en omedelbar konsekvens, att denna form af utbildningen bör upptagas i studieordningen, därest anordningen af densamma låter sig praktiskt genomföras, äfven om en förlängning af studietiden skulle uppkomma. Denna synpunkt har äfven uttryckligen framhållits af professorerna Mörner och Müller i deras skrifvelse till lärarekollegiet d. 27 febr. 1905.

Då det gäller att nu utröna, huruvida ett verkligt behof föreligger för den praktiserande läkaren att efter slutade examensstudier erhålla en praktisk skolning af *annan art* än den, hvilken undervisningen på klinikerna kan lämna, så måste man utgå från den undervisning, som hittills meddelats vid de medicinska läroanstalterna. Den under nuvarande förhållanden vunna erfarenheten torde också hafva sitt stora värde, äfven om undervisningen skulle omordnas efter de sakkunniges förslag.

Ty, om ock flere af de sakkunniges förslag till ordnande af det praktiska arbetet äro välbetänkta och skola mottagas med tacksamhet af klinikanterna, så innebär dock icke detta förslag, efter hvad jag kan finna, någon sådan förändring i studiernas karaktär, att, därest en tids praktisk skolning utöfver de kliniska tjänstgöringarne nu är nödvändig, icke detta äfven efter den nya studieordningen i ungefär samma grad skulle blifva fallet.

Något förslag till studieordning med hänsyn till ett »praktiskt år» föreligger, som bekant, ännu icke.

Det synes måhända djärft att göra det påståendet, att icke en väl ordnad klinisk tjänstgöring skulle kunna ersätta den utbildning, som erhålles genom själfständig praktisk verksamhet under sakkunnig ledning. Men jag vill framhålla några omständigheter, som synas mig belysa den väsentliga skillnaden mellan arten af den utbildning, som vinnes vid kliniken, och det utbyte, som den själfständiga verksamheten i egenskap af underläkare skänker. Emellertid vill jag genast, för att icke blifva missförstådd, förutskicka, att jag härmed icke vill rikta någon anmärkning mot den kliniska undervisningen. Den kliniska undervisningen, som den hos oss bedrifves, är ju tvärtom grundstenen för hela vår praktiska utbildning, hvilken enligt mitt förmenande icke *af någon annan undervisning kan ersättas.* Den lämnar studenten ett förträffligt tillfälle att själf studera

den sjuke och hans sjukdom samtidigt med att han från läraren och genom läroboken inhämtar undersökningsmetoderna samt läran om sjukdomarne och deras behandling. Men klinikanten är och blir för den sjuke alltid allenast en student. Han är aldrig i den sjukes ögon läkare — liksom han aldrig själf inför patienten känner sig som läkare, hur stort hans intresse än må vara för sjukdomen och hur vänligt han än må känna för den sjuke.

Förhållandet ändras icke synnerligen, då klinikanten hunnit så långt, att han får göra assistent-tjänst vid klinikerna. Under jourdagarne på Serafimerlasarettet liksom under den lärorika assistentmånaden på kirurgiska polikliniken är ju dock tjänstgöringen af den natur, att läkarkandidaten i viss mån på eget ansvar och på egen hand får lära sig att taga hand om en sjuk; likaså under tjänstgöringen på barnbördshuset. Men annars ändras icke under assistenttiden tjänstgöringens natur. Kandidaten får visserligen tillfälle att studera och äfven taga del i behandlingen af ett större antal sjuka, men utan eget ansvar och utan att för patienten vara annat än en »kandidat».

Det kan ju icke blifva tal om att af en nyblifven läkare fordra en större erfarenhet. Den kan ju endast åren skänka.

Men det synes mig vara en mycket rimlig fordran både af den fakultet, som har att öfvervaka läkarens utbildning, och af allmänheten, att det finnes *garanti* för att den läkare, som får rättighet att träda ut i en själfständig praktik, haft tillfälle att någon tid under kontroll, men på eget ansvar *i egenskap af läkare* komma i beröring med sjuka människor.

Det är ett sådant tillfälle, som en underläkaretjänst eller motsvarande anställning, vare sig vid allmänt sjukhus eller specialklinik, skänker.

Jag har själf haft förmånen att strax före min examen under några månader tjänstgöra som underläkare på en afdelning af Serafimerlasarettets medicinska klinik och kunnat omedelbart jämföra den utbildning, som den kliniska tjänstgöringen lämnar och behållningen af en sådan underläkaretjänst efter afslutade kliniska tjänstgöringar och efter det i närmaste afslutade examensstudier.

Jag kan försäkra, att, trots det jag med lifligt intresse fullgjort mina kliniska tjänstgöringar och med allvar sökt att tillgodogöra mig den kliniska undervisningen, som jag bevarar i tacksammaste minne, så är det min bestämda erfarenhet, att först genom denna underläkartjänstgöring blefvo mina medicinska studier till den lefvande kunskap och erhöllo den af-

rundning och öfversikt, som är nödvändig för att den kliniska undervisningen skall komma till sitt rätta värde, på samma gång som jag först då på allvar lärde mig känna läkareansvaret inför en patient.

Underläkaren på en sjukhusafdelning blir, i motsats till klinikanten, af patienterna med tillförsikt och förtroende mottagen såsom läkare. Detta förtroende och ansvaret att genom sin undersökning komma till riktiga indikationer för behandlingen, att själf under kontroll få ställa dessa indikationer och efter bästa förmåga genomföra behandlingen, allt detta spänner på ett helt annat sätt uppmärksamheten än klinikantens passiva ställning till patienten. Den kunskap, som vinnes vid undersökning och behandling under gynnsamma omständigheter af en patient, för hvilken man bär ett stort ansvar, gräfver sig också in i minnet på ett alldeles särskildt sätt. Men samtidigt som vana vid själfverksamhet vinnes, har man den tryggheten, att där kunskapen och färdigheten sviker, kunna vädja till en erfaren läkare, hvars råd och ordinationer också på ett synnerligen fruktbart sätt nu kunna tillgodogöras och hvars kontroll är till trygghet och uppfostran.

Detta är min personliga erfarenhet af den väsentliga skillnaden mellan medicinarens utbildning som klinikant och som underläkare på en sjukhusafdelning, hvilken gör att jag är af den öfvertygelsen, att en normal läkareutbildning kräfver att i undervisningsplanen upptages båda formerna för undervisning, såväl och först och främst den grundläggande kliniska utbildningen, som den kompletterande underläkareutbildningen, hvilken enligt mitt förmenande icke kan ersättas af en utsträckt utbildning som klinikant.

Jag vet, att ett stort antal af mina jämnåriga kamrater delar denna åsikt.

Angående den tid, som borde anslås för en sådan obligatorisk utbildning, anser jag mig icke kunna eller böra uttala någon mening, isynnerhet som jag vet, att meningarne bland mina jämnåriga därom äro ganska delade.

De bland kamraterna, som nu frivilligt söka sig in på kliniker eller andra sjukhus, anse en sådan utbildningstid af ett år icke vara för lång; andra anse en kortare tid böra fastställas.

Denna tid kan heller icke bestämmas blott med hänsyn till behofvet af utbildning, utan måste ju ock vara beroende af flera andra faktorer, såsom af studietidens längd i öfrigt och af hänsyn till de kliniker och lasarett, där utbildningen skall ske.

Om också åsikterna ganska mycket växla angående *huru*

och för huru lång tid denna utbildning skulle obligatoriskt genomföras, så vet jag mig icke göra mig skyldig till någon öfverdrift, då jag säger att *behofvet* af en sådan utbildning bland mina jämnåriga är allmänt erkändt.

Denna min åsikt bestyrkes på ett talande sätt däraf, att enligt den statistik för femårsperioden 1900—1904, som d:r *Hjalmar Forssner* utarbetat, de blifvande läkarne i nästan regelbundet stigande frekvens sökt att före utträdandet i praktiken skaffa sig en praktisk utbildning i minst 6 månader utöfver den utbildning, som den kliniska undervisningen är afsedd att lämna. — Enligt Forssners statistik ha sålunda år 1900 *44 %* af 43 legitimerade sökt en dylik utbildning på sjukhus eller klinik i minst sex månader, 1902 *61 %* af 49 legitimerade och 1904 *66 %* af 39 legitimerade i medeltal för dessa fem år, alltså närmare $^3/_5$ af de utexaminerade läkarne och det sistnämnda året ända till $^2/_3$ af hela antalet.

Enligt den intressanta statistik för det därpå följande året (1905), som *professor Borelius* utarbetat, har detta år den nämnda frekvensen stigit till 81 % af 42 legitimerade eller, om man frånräknar dem, som efter examen ägnat sig åt teoretisk forskning, 34 af 39 läkare, d. v. s. 87 %.

Doktor Forssners och professor Borelii statistiker sammanställda med hvarandra visa med säkerhet åtminstone så mycket, att det största flertalet leg. läkare före utträdandet i praktiken självmant sökt sig en sådan praktisk utbildning, hvarom här är fråga, hvilket äfven i och för sig torde kunna uppfattas såsom ett bevis för att de ansett denna utbildning välbehöflig.

Genom uttalande af läkarmötet i Malmö 1905 »att det förefinnes ett behof af praktisk läkarutbildning utöfver den, som kan vinnas under den kliniska tjänstgöringen», äga vi från kompetentaste håll ett vittnesbörd om behöfligheten af en reform i denna anda och slutligen hafva vi att tillgå ledningen af lasarettsläkarnes erfarenhet, hvilken ju är af så mycket större värde att lyssna till, som ju inga så väl som dessa läkare kunna kontrollera den allmänna läkareutbildningens tillstånd. Af 65 lasarettsläkare hafva ju på det af d:r Forssner utsända frågeformuläret 61 gifvit till svar, att de anse den ifrågavarande reformen välbehöflig. Därom äga vi alltså ett samstämmigt vittnesbörd från praktiserande läkare af de mest skilda kategorier.

Under denna framställning har jag förutsatt, att — såsom i professor Müllers skrifvelse till lärarekollegiet föreslås — den vidare praktiska utbildningen förlägges till tiden efter examen, hvilket väl för den klin. tjänstgöringens jämna gång enligt

undervisningsordningen vore af vikt, dock inser jag väl att måhända en före examen, men efter de kliniska tjänstgöringarne förlagd underläkareutbildning med fördel kunde godkännas såsom tillfyllest för legitimation omedelbart efter examen. — Jag har hört invändas, att just den omständigheten, att de fleste redan självmant söka sig en underläkareutbildning, vore ett afgörande skäl för att man icke skulle obligatoriskt införa en sådan utbildning. Detta kan jag icke finna.

Utbildningen genom de kliniska tjänstgöringarne kan icke i nu berörda hänseende utfalla så olika, att en femtedel eller en tredjedel af hvarje årskurs skulle vara mera kompetent än de öfriga att direkt gå ut i en praktik, i synnerhet som det väl enligt erfarenheten ingalunda är de bästa klinikanterna, som ej söka vidare utbildning, utan snarare de element, som just skulle behöfva en vidare skolning för att kunna med billiga anspråk anses för kompetenta läkare.

Härvidlag är det väl den af de flesta vunna erfarenheten, som vid en reform bör beaktas. Den säger, att ett verkligt behof förefinnes af att underläkareutbildning intages i den allmänna läkareutbildningen för dem, som ärna ägna sig åt praktisk läkareverksamhet. En sed, som är grundad på ett allmänt insedt behof, *brukar* ju äfven annars ge upphof till lagstadgad ordning.

Jag har nu utfört den uppgift jag förelagt mig, nämligen att framföra de skäl, hvilka från en nyblifven läkares synpunkt tala därför att ett verkligt behof föreligger af praktisk läkareutbildning och öfning, utöfver den, som kan vinnas under den kliniska tjänstgöringen. Dessa skäl hafva ledt mig till den öfvertygelsen, att det vore en stor fördel, om under nu pågående reformering af den medicinska undervisningen underläkareutbildning inrycktes inom ramen af den obligatoriska läkareutbildningen för dem, som söka legitimation såsom praktiska läkare.

Med denna reform sammanhänga viktiga frågor, som måste lösas, om reformen visas nödvändig och skall genomföras; framför allt då den öfriga undervisningens ordnande med hänsyn till ifrågavarande reform och det praktiska ordnandet af underläkartjänstgöringen, båda frågor, som ju icke äro lämpliga att upptaga till behandling, innan själfva spörsmålet om det »praktiska året» diskuterats och möjligen funnit sin lösning.

Innan jag afslutar mitt föredrag anser jag mig emellertid förpliktigad att i korthet motivera, hvarför jag i det föregående upptagit *underläkareutbildning* såsom den utbildningsform, hvilken bör utgöra afslutningen af de medicinska studierna. Detta har jag gjort emedan jag anser en sådan efter-

utbildning vara den lättaste att införa på grund af den utvecklingsgång läkareutbildningen i vårt land spontant tagit, samt därför att jag anser den såsom såsom afgjordt lämpligast med hänsyn till den kliniska utbildning, som före examen uppnåtts.

I Sverige finnas nu vid allmänna sjukhus, kliniker och specialkliniker omkring 88 underläkareplatser förutom underläkareplatserna å sinnessjukhus, som äro omkring 23. — Med kännedom om den årliga tillgången på underläkareplatser vid de kliniska sjukhusen och de större sjukhusen i Stockholm och Göteborg och under beräkning att underläkareplatserna vid landsortslasaretten hvart annat år äro lediga, stå årligen omkring 50 underläkareplatser till förfogande förutom de å sinnessjukhusen, hvars antal årligen lediga platser jag ej varit i tillfälle att beräkna. Om man emellertid antager att af de 23 platserna c:a 5 blifva lediga, så skulle inalles omkring 55 underläkareplatser årligen stå till buds.

Då det är bekant att lasarettsläkarne ställa sig välvilliga till en reform af den praktiska utbildningen och flere lasarett äro i behof af ökad läkarepersonal, är det äfven möjligt, att inom en tämligen snar framtid en hel del sjukhus skulle öka sitt läkareantal, låt vara med en mindre lön för en ny underläkare, hvarigenom ytterligare ett par tiotal underläkareplatser kunde vinnas. —

Då nu årligen enligt medeltal för de senaste 6 åren omkring 42 läkare erhålla legitimation, så förefaller det icke omöjligt att en obligatorisk underläkareutbildning skulle kunna praktiskt utföras. —

Jag vill också med ett par ord förklara, hvarför jag anser just en sådan underläkareutbildning vara den lämpligaste formen för den praktiska utbildningen utöfver de kliniska tjänstgöringarne.

I de land där den kliniska undervisningen är så ordnad, att klinikanten knappt kommer i tillfälle att själf studera den sjuke, endast se honom demonstreras, där synes mig det s. k. praktiska året vara ämnadt att ersätta vår kliniska tjänstgöring, förutom det att det dessutom skulle lämna den utbildning, som med underläkareutbildningen nu afses. Praktikantens tjänstgöring förefaller mig då, att åtminstone delvis likna vår tjänstgöring som assistenter på klinikerna.

Hos oss, där den kliniska utbildningen står så mycket högre och ej heller efter införande af en ytterligare utbildning borde inskränkas under det nuvarandemåttet och där den också hittills medfört rätt till självständigt studium, här synes mig en praktisk utbildning efter examen med full rätt kunna få

formen af en underläkareutbildning. — Därigenom skulle den också gifva vida rikare utbyte för såväl den blifvande läkaren som för det sjukhus, där han blir anställd.

Liksom vår kliniska tjänstgöring har en säregen, låt mig säga nationell karaktär, hvilken ej heller genom de sakkunniges förslag skulle rubbas, så synes det mig, att vi, just på grund af denna kliniska undervisning med användande på nu nämnda sätt af det rika undervisningsmaterial, som gömmes i våra talrika och mångenstädes förträffliga icke kliniska sjukhus, skulle kunna uppnå den fullkomning af vår medicinska undervisning, som nu af alla läkarekonstens vänner eftersträfvas och detta på ett sätt, som lämpar sig just för våra svenska förhållanden.

Bokanmälan.

På P. Palmqvists förlag i Stockholm har nyligen utgifvits ett litet häfte med titeln »Om späda barns uppfödande med komjölk», utgörande en kort sammanfattning af de tillämpade principerna för den artificiella uppfödningen.

Det fordras ej särdeles långvarig praktisk erfarenhet inom området för de spädas dietik för att förmå inse, huru tveeggad till sitt resultat användningen af nämnda uppfödningsmetod kan gestalta sig om den lämnas utan den närmare tillsyn, som alltid måste anses behöflig. Det är för öfrigt en gammal och allmänt erkänd erfarenhet.

De första åren af den människovänliga verksamhet, som de bekanta anstalterna »Gouttes de lait» i Frankrike ägnade åt de artificiellt uppfödda späda barnen inom den fattigare klassen, buro trots Soxhletsmetodens nyliga införande alldeles oväntadt klena frukter. Den sammanställningen, som gjorts för de första 10 åren af anstalternas tillvaro utvisade dessutom — anmärkningsvärdt nog ungefär samtidigt med att man här i Stockholm som bäst ifrade för införandet af dylika institutioner — en dödlighet bland skyddslingarna, som i gemen snarare förhöjts än sänkts i förhållande till mortaliteten inom den kategori artificiellt uppfödda barn, som ej kommit under de välgörande anstalternas vård.

Då den åt barnen utdelade födan kunde anses beredd och skött på ett korrekt och sakligt sätt, sökte och fann man orsaken till den sorgliga missräkningen ligga framför allt i mödrarnas okunnighet om barnets och flaskmjölkens rätta hygieniska omvårdnad.

En dylik okunnighet råder förvisso bland en stor del mödrar äfven hos oss. Någon tids klinisk eller poliklinisk erfarenhet skall tillfullo ådagalägga detta för den, som blir satt i tillfälle att däråt ägna en närmare uppmärksamhet.

Afsikten med det lilla häftet har också närmast varit den att söka bekämpa de viktiga hinder mot den artificiella uppfödningsmetodens viktiga genomförbarhet, hvilket ligger speciellt i den allmänna okunnigheten om metodens idé och verkliga innebörd.

Bland de hufvudsakliga orsakerna till digestionsrubbningarna hos de späda och framför allt de artificiellt uppfödda räknas allmänt och med rätta »öfvernäringen».

Denna är emellertid ytterst vanlig och grunden ligger bland annat i mödrarnas oförmåga att bedöma barnets näringsbehof. Beträffande flaskbarnen torde ett schablonmässigt följande af de i tryck gängse föreskrifterna om födans sammansättning och mängd ej betydligt bidraga till uppkomsten af den för dessa speciellt farliga öfvernäringen. Många mödrar rent af påtruga barnen med pinsam noggrannhet de föreslagna kvantiteten föda.

Generella regler för födans sammansättande skall tydligtvis alltid förblifva svåra att uppställa. Barnen fordra och tåla så olika mängd föda. Det medelmåttigt och klent utvecklade barnet blir lätt utsatt för öfvernäring.

Det är tydligt att exempelvis en mjölkblandning, som till näringsvärde är fullt tillräcklig för ett kraftigt ettårsbarn, skall blifva särdeles betungande för digestionsarbetet, om den får förtäras af ett halft år gammalt barn, t. o. m. ett af normal utveckling.

Reglerna för mjölkblandningarnas tillredning böra därföre upprättas med särskild hänsyn till detta förhållande och bör näringsvärdet i födan anpassas efter det behof af näring ett barn af god medelvikt fordrar. Visserligen kan anmärkas, att på denna väg ett och annat barn med mer än vanligt hög vikt för en kortare tid ej skulle få sitt näringsbehof fullt tillfredsställdt. Men detta har högst oväsentlig betydelse i jämförelse med all den skada, som en framkallad onaturlig öfvernäring medför för de känsligare flaskbarnen. Det är också särskildt för deras skull, som mera noggranna föreskrifter behöfvas. Tabellerna i häftet äro uppgjorda för den nyssnämnda grundvalen.

För dessa känsligare barns räkning skall det äfvenledes blifva till en viss risk, om plötsliga och relativt stora förändringar i födans sammansättning äga rum. Som bekant föreskrifves vanligen dylika ur vissa åldersperioder under första

året. För att bemöta den nämnda faran, har i tabellerna införts en mera successiv ökning af mjölktillsatsen i blandningarna.

Genom i tabellerna införda vissa konstanter medföres för läkaren en lättnad för minnet vid valet af blandning liksom vid beräkningen af en dylik blandnings näringsvärde. För mödrarna skall en dylik anordning bereda lättnad vid beredningen af blandningarna.

Om tablåernas användbarhet och praktiska värde har en lång tids pröfning öfvertygat författaren. Och kunna de helt visst med förtroende öfverlämnas till allmännare bruk.

Ett och annat ord om de sista afdelningarna i det lilla häftet vore väl att tillägga. Men torde det här vara tillfyllest framhålla de väsentliga synpunkterna i framställningen.

H. von Matérn.
Praktis. barnläkare.
Stockholm.

Minimitaxa

antagen af Stockholms läns läkarförening den 18 december 1906 att användas i de fall, där läkaren ej är bunden af provinsial-läkartaxan.

A. Hemma hos läkaren.

1. Rådfrågning, vare sig recept meddelas eller ej, vare sig personligen eller per telefon 2 à 3 kr.
2. Förnyelse af recept 1 kr.
3. Specialundersökning af blod, magsaft, urin, upphostningar o. d. samt bakteriologiska undersökningar 2—5—10 kr.
4. Smärre ingrepp utan bedöfning t ex. kateterisering, öppnande af abscesser, suturanläggning m. m. 3—5 kr.
5. Vid bedöfning tillkommer utöfver ersättning för operationer.

a) för lokal bedöfning .... 1—2 kr.
b) » allmän » .... 2—5 »

6. Anläggande af gipsförband 5 kr.
7. Omläggning af antiseptiska förband 1—3 kr.

Vid anläggande af gipsförband och antiseptiska förband tillkommer utöfver ersättning för anläggandet äfven ersättning för förbandsartiklarna.

8. Tanduttagning utan bedöfning 2 kr.

För rådfrågning eller behandling hemma hos läkaren under tiden 10 e. m.—8 f. m. 100 % förhöjning. dock ej under 5 kr.

9. Besiktning eller undersökning af lefvande person jämte skriftligt intyg angående

a) hälsotillstånd (för inträde i skola, yrke, tjänst, sjukkassa, förening o. d.) .... 3 kr.
b) färgsinne .... 2 »
c) hälsotillstånd och färgsinne .... 5 »

d) sinnesbeskaffenhet .... 10 »
e) sjukdom (för tjänstledighet) .... 3 »
f) kroppsskada (efter öfvervåld o. d.) .... 5 »
g) olycksfall a) vanligt formuleradt, graderadt intyg ... 3 »
b) invaliditetsintyg .... 5 »
h) lifförsäkring .... 7,50—15 »

10. Intyg angående sjukdom, som af läkaren behandlats, då förnyad undersökning ej erfordras 2 kr.

11. Dylikt intyg till sjukkassemedlen 1 kr.

B. Besök i den sjukes hem.

1. Inom två kilometer 3—5 kr.

Rådfrågas läkaren vid sjukbesök af någon medlem af samma familj eller hushåll betalas utom grundpriset för hvarje fall 2 kr. Öfverstiger afståndet en kilometer, bör lämplig skjuts ställas till läkarens disposition.

Nattetid betalas sjukbesök med 100 % förhöjning af ofvannämnda arfvode.

2. Från två till fem kilometer 5—7,50 kr.

Tjänlig skjuts skall ställas till disposition. Begagnas annat fortskaffningsmedel, beräknas arfvodet efter den åtgångna tiden för resa fram och åter efter 4 kr. pr timme, nattetid 6 kr. pr timme samt ersättning för fortskaffningsmedlet.

3. Förlossning utöfver arfvode för sjukbesök samt fri skjuts eller reseersättning 10—25 kr.

4. Öfver 5 kilometer för hvarje började 5-kilom. 5 kr. med lämplig rabatt öfver 15 kilometer.

C. Ackord.

I. *Familjeackord.*

1. Inom två kilometer.
a) för ensam person .... 30 kr.
b) » mindre familj (högst fyra personer jämte tjänare) 75 »
c) för större familj .... 100—200 »

Specialbehandling ersättes särskildt.

2. Öfver två kilometers afstånd.
a) för ensam person .... 20 »
b) » mindre familj .... 50 »
c) » större » .... 75 »
jämte ersättning för resa enligt provinsialläkartaxan samt skjuts.

II. *Kollektivackord* med fabrik e. d.

a) för ensam person .... 3 kr.
b) » familj .... 7 »
där fri medicin ej åtnjutes.
c) för ensam person .... 4 »
d) » familj .... 8 »
där fri medicin åtnjutes.

Där afståndet öfverstiger två kilometer, tillkommer skjuts och ersättning för resa efter provinsialläkartaxan.

Aftalet gäller för ett år och anses förnyadt för ytterligare ett år o. s. v., därest uppsägning ej sker minst 3 månader före den öfverenskomna tidens utgång.

Kollektivackord omfattar arbetare och underordnad kontorspersonal jämte deras i hemmet boende oförsörjda barn, hustrur och orkeslösa föräldrar. Massage-, elektricitets-, svårare kirurgisk eller annan specialbehandling, äfven förlossning ingår ej i aftalet. Önskas särskilda mottagningar, må särskildt aftal göras.

Med sjukkassa må under inga förhållanden ackord ingås.

Ofvanstående regler afse ej att rubba redan ingångna aftal.

Hvarjehanda notiser.

Ny apoteksinrättning. Kungl. Maj:t har medgifvit inrättandet af ett medikamentsförråd vid Sollebrunns järnvägsstation.

Norrköpings läkarförening sammanträdde 29 dec., hvarvid d:r Landelius höll föredrag om »några drag ur Norrköpings sjukhus' historia» och d:r Lindvall om »serumterapi mot scarlatina».

Malmö läkarförening sammanträdde lördagen den 19 januari. Därvid behandlades folkskolläkare-kommitténs utlåtande (se nedan) och hölls ett föredrag »Om den tuberkulösa spondylitens diagnos och behandling» af d:r C. Holmdahl.

Det 13:de allmänna svenska läkarmötet kommer att hållas i *Sundsvall* den 8—10 juli 1907.

Allmänna svenska läkarföreningens styrelse hade den 20 januari sammanträde i Stockholm för att vidtaga förberedande åtgärder till mötets anordnande. D:r *O. Söderbaum* från Sundsvall närvar härvid som representant för mötets lokala bestyrelse.

Fullmäktige skola sammanträda i Stockholm Kristi himmelfärdsdag den 9 maj.

Ärenden, som af lokalföreningar och enskilda medlemmar önskas behandlade af fullmäktige eller vid läkarmötet, böra vara inlämnade till styrelsen *senast den 15 februari.*

Förslag till instruktion för läkarne vid Malmö folkskolor.

Skolläkare åligger:

1) att besiktiga nyinskrifna barn;

2) att hvarannan vecka på tid, som mellan läkaren och öfverläraren öfverenskommes, under högst 2 timmar besöka hvarje honom tilldelad skola och därvid söka skaffa sig kännedom om barnens hälsotillstånd, dels genom besök i salarna under pågående undervisning, dels genom undersökning i närvaro af lärare eller lärarinna i lämpligt rum af de barn, som läkaren eller läraren finner däraf vara i behof;

3) att vid dessa besök, där han så pröfvar nödigt, föreskrifva erforderlig behandling för de sålunda undersökte, häri inbegripen gratisbespisning;

4) att vid dessa besök undersöka de barn, för hvilka befrielse från gymnastik ifrågasättes;

5) att ägna noggrann uppmärksamhet åt de hygieniska förhållandena inom skolan, såsom skollokalernas beskaffenhet, renhållning, ven-

tilation, belysning och uppvärmning m. m., samt att tillhandagå skolrådet och skolinspektören med råd och upplysningar i hithörande ämnen;

6) att vid i skolan hastigt påkommande sjukdomsfall, försåvidt han därtill har tillfälle, lämna nödig vård;

7) att före februari månads utgång hvarje år, enligt efter skolläkarnes förslag af skolrådet fastställdt formulär, afgifva årsberättelse;

8) att undersöka de barn, som blifvit föreslagna att sändas till skollofskoloni, samt dem, som därifrån återvända.

Årsarvodet för skolläkarne beräknas efter 1 krona för hvarje skolbarn och utbetalas med hälften vid hvarje termins slut.

Skolläkarne förordnas af skolrådet för tre år efter en månads offentligen kungjord ansökningstid.

Å kommitténs vägnar
Th. Petrén.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes; [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Stadsläkartj:n i Jönköping (ansökan, ställd till stadsfullmäktige, inl. till magistraten)	4 febr.
Läkarbefattn:n v. länsfängelset i Vänersborg (sökes hos K. Befalln:hde)	6 febr.
Extra prov.-läk.-tj:n i Svedala distr. (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod; sökes hos distr.-styrelsens ordf.)	8 febr.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Falun[3]) (löneförmåner: 2,500 kr. + 300 för elevers undervisn. jämte fri bostad och kost samt en månads semester)	8 febr.
Tvänne stadsdistr.-läk.-tj:r i Örebro (ledigförklarade på grund af ny femårsperiod)	9 febr.
En marinläk.-stip.-befattn. (ansökan, ställd till med.-styr:n, inl. hos marinöfverläk.)	11 febr.
Prov.-läk.-tj:n i Hofva distr.[1]) (*ånyo* ledigförklarad, då en af de på förslag uppförda återtagit sin ansökan)	11 febr.
Extra prov.-läk.-tj:n i Dalarö distr.[2]) (ledigförklarad för tiden 1907—1911; förre inneh:n befordrad; distr. omfattar Dalarö, Ornö, Nämdö och Österhaninge socknar med 3,386 invånare den 1 jan. 1905; station och medikamentsförråd i Dalarö; lön: 2,075 kr.)	11 febr.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Västervik[3]) (*nyinrättad;* löneförmåner: 1,800 kr. + 400 för elevers undervisn. jämte fri bostad och kost)	11 febr.
Öfverläk.-befattn:n v. tuberkulosafd. af sjukhuset S:t Göran i Stockholm	11 febr.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Visby[3]) (löneförmåner: 2,400 kr. jämte fri bostad och kost)	13 febr.

Andre stadsläk.-tj:n i Halmstad (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod) 18 febr.
Extra prov.-läk.-tj:n i Nässjö distr. (distr. omfattar Nässjö församling af Jönköpings län med 5,116 invånare 1 jan. 05; lön: 800 kr.; ansökan ställes till kommunalnämnden, Nässjö) 20 febr.
Las.-underläk.-tj:n i Borås[1]) löneförmåner: 1,800 kr. + 500 kr. i kostpengar jämte fri bostad) 21 febr.
Las.-underläk.-tj:n i Umeå[2]) löneförmåner: 1,500 kr. + 800 kr. såsom ersättning för bostad och kost; då den nya las.-byggn:n under årets lopp blir färdig höjes lönen till 2,300 kr. jämte fri bostad och kost med skyldighet att undervisa elever) 21 febr.

Af Kungl. Maj:t utnämnda och transporterade:

Till reg:tsläk. v. Svea trängkår: bat.-läk. v. Lifreg:tets grenadjärer *E. C. Åderman.*
Till bat.-läk. v. Svea trängkår: bat.-läk. v. Västmanlands reg:te *O. E. Gill.*
Till bat. läk. v. Skånska dragonreg:tet: fältläk.-stip. *Chr. W. Cavallin.*

Apoteksprivilegium tilldelade:

Exam. apot. *J. L. Erikson* å apoteket i Oskarsström.

Af Med.-styr.:n utnämnda och förordnade:

Till civila läkarstipendiater (1907—1911): lic:rna *Ruben Ihran, Frans Johan Jacobsson, Carl Albert Lindgren* och *Vilh. Sterner.*
Till las.-underläk. i Kristianstad (tre år fr. 12 jan.): lic. *Gertrud Gussander.*

Af Med-styr:n upprättade förslag:

Till *en marinläk.-tj. af 1:a gr.:* F. A. Asklin (förord), A. R. Gemmel (event. förord), J. Lagerholm.

Sökande:

Till *reg:tsläk.-tj:n v. Hälsinge reg:te:* reg:tsläk. i fältl.-kåren, bat.-läk. v. reg:tet F. M. Melin.
Till *förste prov.-läk.-tj.n i Gottlands län och prov-.läk.-tj:n i Visby distr.* (i ordn. efter tj:år): t. f. prov.-läk. Aurelius, Umeå, lic:rna K. J. F. Bergqvist, Röstånga, och J. A. Lagerman, Stockholm.
Till *sex civila läk.-stip.-befattn:r:* lic:rna R. Ihran, F. J. Jacobsson, C. A. Lindgren, V. Sterner.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *N. A. Ahlberg* t. f. ex. prov.-läk. i Lima distr. (v).
Lic. *J. Konow* t. f. ex. prov.-läk. i Höörs distr. 17 jan.—16 febr. (t).
Lic. *G. Allvin* t. f. stadsläk. i Hjo 14 jan.—26 febr. (t).
Lic. *Einar Lange* t. f. ex. prov.-läk. i Dalarö distr. fr. 21 jan. (v).
Lic. *Alfhild Tamm* t. f. hosp.-underläk. i Kristinehamn fr. 1 jan. (v).

Fall af difteri, skarlakansfeber och nervfeber under fjärde kvartalet af åren 1904—06.

	1904				1905				1906			
	Okt.	Nov.	Dec.	$^{1}/_{10}$—$^{31}/_{12}$	Okt.	Nov.	Dec.	$^{1}/_{10}$—$^{31}/_{12}$	Okt.	Nov.	Dec.	$^{1}/_{10}$—$^{31}/_{12}$
Difteri												
städer	352	423	506	1,281	513	601	629	1,743	450	451	392	1,293
landsbygd	1,376	1,739	1,845	4,960	1,138	1,358	1,211	3,707	994	1,185	900	3,079
hela riket	1,728	2,162	2,351	**6,241**	1,651	1,959	1,840	**5,450**	1,444	1,636	1,292	**4,372**
Skarlakansfeber												
städer	299	365	428	1,092	303	329	319	951	227	281	235	743
landsbygd	526	721	659	1,906	347	570	448	1,365	339	454	281	1,074
hela riket	825	1,086	1,087	**2,998**	650	899	767	**2,316**	566	735	516	**1,817**
Nervfeber												
städer	81	36	41	158	95	53	38	186	70	59	29	158
landsbygd	223	154	108	485	133	94	76	303	113	70	70	253
hela riket	304	190	149	**643**	228	147	114	**489**	183	129	99	**411**

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 1 februari 1907.

4:e årg.	Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER.	N:o 5.

Innehåll: ISRAEL HOLMGREN: Specifika läkemedel af bakteriellt ursprung mot lungtuberkulos. — Till frågan om provinsialläkares pensionering. — En fråga. — Periodisk litteratur. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser.

Specifika läkemedel af bakteriellt ursprung mot lungtuberkulos.

Af

Israel Holmgren.

Få vetenskapliga sträfvanden torde i närvarande stund vara mer ägnade att väcka allmänt intresse än försöken att åstadkomma ett tillfredsställande specifikum mot tuberkulosen. Sedan bakteriologien genom immunitetsläran för oss öppnat nya underbara synvidder öfver de intimare förloppen vid djurorganismens kamp mot infektionssjukdomarna, har det helt naturligt varit vid denna vetenskap, som förväntningarna i främsta rummet fästs lika väl ifråga om vapen mot tuberkulosen som mot hela den öfriga härskaran af infektioner.

Det oerhörda arbete, som i sådant syfte nedlagts och alltjämt nedlägges af bakteriologiens representanter, har redan lämnat resultat af oöfverskådlig betydelse för bekämpande af husdjurens och människans sjukdomar. Jag behöfver blott beträffande de senare påminna om tetanusserum, Pasteurs lyssaympning, Behrings med Nobelpriset belönade difteriserum, Roux och Yersins pestserum m. fl. för att inte nämna Jenners förbakteriologiska storartade upptäckt af vaccinationen mot smittkoppor.

Jag skall tillåta mig att innan jag öfvergår till mitt egentliga ämne med några ord beröra de principiellt skilda hufvudvägar för åstadkommande af immunitet, hvilka för den följande framställningen ha större betydelse.

Man skiljer mellan aktiv och passiv immunisering. Vid den aktiva immuniseringen låter man kroppen självf bereda de ämnen, som skydda mot den ifrågavarande sjukdomen, vid den passiva immuniseringen inför man i densamma de skyddande ämnena färdigberedda från en annan organism, ett djur, som således först måste ha aktivt immuniserats. Då det framför allt är det aktivt immuniserade djurets *blodserum*, som innehåller de eftersträfvade antitoxiska och antibakteriella ämnena, begagnar man sig af detta för den passiva immuniseringen, hvilken således också kan betecknas med namnet *blodserumterapi*. Sådana specifika sera, som afse att framkalla passiv immunitet, äro de i det följande nämnda *Maraglianos* och *Marmoreks sera*.

Hvad den aktiva immuniseringen beträffar, som är förutsättningen för det hela, grundar den sig som bekant på kännedomen om att djurorganismen reagerar mot infektionerna genom bildande af specifika antikroppar, hvilka just möjliggöra infektionens öfvervinnande och sedermera för en kortare eller längre tid framåt förläna immunitet. Detta förlopp efterhärmar man på ett för kroppen ofarligare sätt genom att inympa genom hvarjehanda åtgärder *försvagade* lefvande infektionsämnen eller dödade bakteriekulturer eller åter ämnen, som genom kemiska och mekaniska procedurer vunnits ur bakteriecellerna eller de toxiska kulturfiltraten, och kan härigenom bereda skydd resp. bot mot motsvarande infektionssjukdom. Detta är *bakterioterapien*. Preparat framställda efter dessa metoder och således afsedda att användas för aktiv immunisering äro de i det följande nämnda *Behrings tulas* och *Kochs tuberkulin*.

Dessa ytterst defekta antydningar ge naturligtvis ingen föreställning om den oerhörda rikedom af vägar och möjligheter, som öppna sig vid sökandet efter specifika behandlingsmetoder mot infektionssjukdomarna. Enbart ifråga om tuberkulosen ha så många tillvägagångssätt föreslagits, så många sera och bakteriepreparat m. m. framställts i terapeutiskt syfte, att det skulle vara alldeles otänkbart att inom ramen af en liten uppsats räkna upp dem, långt mindre redogöra för dem. Jag kommer i det följande blott att välja ut ett par stycken, som dels låtit mest tala om sig, dels synts mig lofva mest.

Maraglianos serum.

Redan i midten på 1890-talet framkom italienaren *Maragliano* med sitt serum.[1]) Han framställde ur kulturer af tuberkel-

[1]) *Maragliano,* Heilung d. Lungentuberkulose mittels des Tuberkulose-Heilserums. Berl. klin. Woch. 1895.

baciller ett giftigt, från bakteriecellerna stammande ägghviteämne. Detta ämne insprutade han på djur i undan för undan ökade doser under lång tid. Härunder skulle, enligt uppgift, hos dessa specifika antitoxiner uppträda i blodet. Det ur djurens blod vunna antitoxiska serum är det terapeutiska preparatet.

Maraglianos serum har låtit mycket tala om sig och fått en ganska vidsträckt användning. Uppfinnaren själf anser sig med detsamma ha fått synnerligen vackra resultat och liknande erfarenheter ha publicerats af en hel rad, framför allt italienska, läkare. Å andra sidan frånkännes det af andra och mycket vederhäftiga forskare all betydelse. Så har *Moeller*[1]) på Brehmers klassiska anstalt vid Görbersdorf verkställt försök med detsamma utan att kunna finna någon nämnvärd inverkan. *Penzoldt*[2]) affärdar det kort och godt med följande ord: »die Erfolge beim Menschen sind zum mindesten zweifelhaft».

Maraglianos serum ges subkutant. Feberpatienter få 10 cm³ hvar 8:de dag. Feberfria eller endast lätt febrande få 1 cm³ hvarannan dag under de första 10 dagarna, 1 cm³ hvar dag under de därpå följande 10 dagarna, sedan under 10 dagar 2 cm³ om dagen o. s. v. Med behandlingen fortsättes flera månader. Priset pr. 5 cm³ är 17 mark hos *Merk—Darmstadt*. Redan i slutet af andra månaden är man således uppe på omkring 15—20 kr. om dagen. Någon praktisk betydelse har medlet i vårt land, så vidt jag vet, icke haft och torde väl med sådana priser icke heller få. Skadliga biverkningar af detsamma tyckas ej vara kända.

Marmoreks sérum antituberculeux.

Då detta serum på sista tiden fått ett visst aktualitetens intresse i vårt land, skall jag något utförligare dröja vid detsamma.

Marmorek är till börden österrikare och har sedan länge arbetat vid *Institut Pasteur* i Paris, där han också utfört förarbetena till detta serum. Tillvägagångssättet är i största korthet följande. M. har funnit, att mycket unga, endast några timmar gamla, tuberkelbaciller producera ett toxin af helt andra egenskaper än äldre. Det är detta toxin han använder. Efter bacillernas frånfiltrering injicierar han den toxiska bul-

---

[1]) *A. Moeller,* Die spezifische Behandl. d. chron. Lungenschwindsucht i *Schröder und Blumenfeld,* Handb. d. Therapie d. chron. Lungenschwindsucht, Leipzig 1904.

[2]) *F. Penzoldt,* Behandlung d. Lungentuberkulose i *Penzoldt und Stintzing,* Handbuch d. Therapie innerer Krankheiten, Jena 1902.

jongen på hästar. Dessas serum erhåller då småningom specifikt antitoxiska egenskaper och utgör just hans sérum antituberculeux, som således skulle vara ett immunserum, med hvilket passiv immunitet kan bibringas.

Hvad ha vi att vänta af Marmoreks serum?

I académie de médecine i Paris, där M. först framlade sina resultat 1903[1]) fick hans serum ett ganska kyligt mottagande. Om detta till någon del är att skrifva på ogynnsamma kollegiala förhållandens konto, som från vissa håll påståtts, kan jag ej yttra mig om. Men det är omöjligt att undgå att ta intryck af, att flertalet af de Pariserklinici, på hvilkas sjukmaterial M. fått pröfva sitt medel, icke kunde konstatera några verkningar äfven i sådana fall, *hvilka M. själf demonstrerade som förbättrade*. Förmodligen har detta varit i hög grad ägnadt att framkalla en stämning af misstro mot honom inom de franska medicinska kretsarna. På andra håll har omdömet varit mera växlande och uttalanden af rent negativ art förekomma jämte rätt gynnsamma sådana i litteraturen.

Från intet håll har dock Marmoreks serum, så vidt jag känner, fått så ampla vitsord som från vårt eget land. Den, som här tagit initiativet till medlets pröfning, är doc. *Ernst Levin*. För omkring 2 år sedan fördelade han ett parti serumflaskor, som han för detta ändamål fått från Marmorek, på ett antal läkare och sjukhus. De meddelanden, i hvilka de sålunda gjorda iakttagelserna resulterat, har han sedan bearbetat och publicerat[2]) samt äfven i förkortad form framlagt i ett föredrag i svenska läkaresällskapet okt. 1905, hvilket jämte den därpå följande diskussionen återfinnes i Svenska läkaresällskapets förhandlingar[3]). Levin formulerar sina slutpåståenden på följande sätt:»... att högst väsentliga förbättringar uti ungefär hälften af fallen hafva inträdt och, som det synes, snabbare och kraftigare än vid hittills kända metoder och medel. Om dessa afsevärda förbättringar skola under den närmaste tiden fortfara, skall jag icke tveka att påstå, det *Marmoreks* serum antituberculeux har lämnat ett definitivt nytt uppslag i kampen mot tuberkulosen genom att förändra terapien från rent hygienisk till direkt kurativ.» Det förefaller vid kritisk granskning af de ganska magra data, som hans enquête har att bjuda på, rätt svårt att förstå, att han ansett ögonblicket kommet för ett sådant uttalande. Som han själf

---

[1]) Bulletin de l'académie de médecine 1903.

[2]) *Ernst Levin*, Traitement de la Tuberculose par le Sérum antituberculeux de Marmorek, Nord. med. arkiv 1905, afd. II, h. 4.

[3]) Sv. läkaresällsk. förhandl., Hygiea, dec. 1905.

mycket riktigt påpekar, är det en vansklig uppgift att fälla ett omdöme om ett läkemedels värde mot en sådan sjukdom som lungtuberkulos. Att ganska väsentliga förbättringar under förloppet af en lungtuberkulos kunna inträda, är ju en alldaglig företeelse. Särskildt gäller detta om lungsiktiga ur de hygieniskt vanlottade samhällsklasserna, då de lyckats få tillfälle till behandling på sjukvårdsanstalter. Men det är just ett sådant klientel, som till stor del legat till grund för Levins statistik. Hvad som skulle visa förbättringarnes specifika orsak är således väsentligen, att de synas ha inträdt snabbare och kraftigare, än hvad eljest vore skäligt att vänta. Således i ett ganska subjektivt omdöme, hvars värde helt och hållet beror på kvalifikationerna för klinisk kritik hos de olika observatörerna. Det är då af ett visst värde att veta, hvilket icke framgår af Levins uppsats, att hans undersökare visst ej varit ense om att förbättringarna i vikt, temperatur o. s. v. berott på serumbehandlingen. En motsatt mening har t. ex. prof. J. G. Edgren[1]) haft och doc. Arnold Josefson[1]) har icke ansett sig kunna konstatera att förbättringarna under Marmoreks behandling öfverträffa de vid sanatoriebehandling ernådda. Till dessas uppfattning måste äfven jag på grund af min egen om ock ringa erfarenhet ansluta mig. Äfven S. A. Pfannenstill, som användt M:s serum i Falun, har muntligen meddelat mig, att han ej kunnat finna någon verkan af detsamma.

Det är sålunda ej ett odisputabelt faktum, vi här ha att göra med. Detta medger äfven Levin genom att använda uttrycket att förbättringarna, *som det synes*, inträdt snabbare och kraftigare än vid hittills kända metoder. Hur man då på dessa premisser kan grunda påståendet, att så vidt förbättringarna under den närmaste tiden fortfara, därmed skulle vara visadt, att M:s serum har direkt kurativ verkan, är mig alldeles ofattligt. Detta förutsätter tydligen, att varaktiga förbättringar under lungtuberkulosens förlopp vid förut brukliga behandlingsmetoder skulle vara en okänd sak, hvilket tvärtom i denna växlingsrika sjukdom är synnerligen vanligt.

Så vidt jag förstår har ännu ingenting förebragts, som med någon högre grad af sannolikhet häntyder på, att M:s serum har kurativ effekt vid lungtuberkulos, långt mindre lämnar bevis därför. Om detta serum har något värde eller ej tillkommer först ytterligare erfarenhet att afgöra.

Marmoreks serum kan numera erhållas genom apoteken i små originalflaskor på 5 cm^3, som betinga ett pris af 2—3 kr. Medlet gifves subkutant, lämpligen i bukväggen. Till

[1]) Sv. läkaresällsk. förhandl., Hygiea, dec. 1905.

hvarje injektion åtgå 5 cm^3. Hur *ofta* injektionerna skola ges är väl åtminstone tills vidare egentligen en smaksak. I allmänhet torde de i enlighet med M:s egna föreskrifter ha gifvits i serier, ursprungligen hvarje dag i en vecka, hvarpå följt 14 dagars paus, så åter en serie på en vecka o. s. v., enligt hans senare föreskrifter däremot hvarannan dag i 3 veckor, så en månads hvila, hvarpå å nyo en likadan serie o. s. v. För egen del har jag äfven gifvit dem hvarje dag under längre tid, en månad och mera. Hur *länge* man bör hålla på härmed, torde få anses som en fullständigt oafgjord fråga. Allehanda synpunkter, kostnadsfrågan, den längre eller kortare tid man har till sitt förfogande, patientens större eller mindre obehag, fördelaktig eller ogynnsam inverkan af medlet o. s. v. ha härvid hittills varit bestämmande. *Levin* anser, stödd på sin statistik, att ett antal af 17 injektioner, motsvarande ungefär 2 af ofvannämnda serier, är ett minimum, under hvilket man icke bör stanna, om man vill se gynnsamma värkningar.

Om också M:s serum i regel fördrages fullkomligt reaktionslöst, är det dock icke alldeles utan risk för patienten. Af de 156 fall, om hvilka Levin berättar, drabbades icke mindre än 11 af till dels ganska allvarliga kollapstillstånd. En annan och än vanligare komplikation är uppträdandet af lokala infiltrationer kring injektionsstället. Några timmar efter injektionen inställer sig i sådana fall plötsligt frossbrytning, intensivt allmänt illamående och hög feber, ända till 40°, samtidigt med att en starkt ömmande infiltration utvecklar sig i bukväggen, stundom upptagande större delen af densamma. Efter ett par dagar är temperaturen normal och infiltrationen alldeles försvunnen. Enligt den gängse uppfattningen är denna företeelse en allmän serumverkan, som icke är att tillmäta någon egentlig betydelse för patienten eller för frågan om kurens fortsättande eller ej. För min del tror jag ej, att vår kunskap i detta stycke är tillräckligt definitiv för att man skulle vara berättigad att utsätta patienten för risken af behandlingens fortsättande under sådana omständigheter. Att individuella egendomligheter äro afgörande för fenomenets uppkomst är påtagligt. I de fall, jag haft tillfälle iakttaga, har det aldrig uppträdt vid den första injektionen, utan först sedan ett större eller mindre antal fördragits utan obehag. *Men sedan det en gång inställt sig, har det uppträdt efter hvarje injektion,* såsom om ett kumulativt inflytande gjort sig gällande. Bland de fall, jag behandlat, är det de med de största lungförändringarne och den sämsta prognosen, hos hvilka en sådan våldsam intoxikation visat sig. Hos de flesta har ett starkt aftagande af hull och krafter blifvit följden, om injektionerna

icke desto mindre fortsatts. Det är af synnerlig vikt, att man har detta klart för sig, innan man ger sig på behandling enligt Marmorek. Jag har under innevarande år sett ett slående exempel på, hvart okunnighet om detta förhållande kan leda. En ung kvinna med ganska utbredda tuberkulösa förändringar (börjande stadium III) befann sig i lofvande konvalescens efter en pneumoni, då en kollega inledde behandling enligt M. Efter några injektioner begynte nyssnämnda fenomen uppträda och följde sedan regelbundet efter hvarje injektion. Den behandlande läkaren ansåg detta vara ett kriterium på kurens verksamhet och fortsatte med nya insprutningar undan för undan, så snart febern lagt sig. Under de veckor, som detta pågick, magrade den sjuka snabbt af och undergick i det hela en frappant försämring. Sedan behandlingen på min tillrådan afbrutits, hämtade hon sig småningom åter. Möjligen kunna dessa accèser undvikas genom tillräckligt långa hvilopauser.

v. Behrings tulas.

Detta är de yttersta tidernas nyhet. Det första meddelandet om sitt nya läkemedel mot tuberkulos, hvilket han åsatt namnet tulas (förkortning af tuberkulas) gaf Behring på tuberkuloskongressen i Paris i oktober 1905. Sedermera har han lämnat upplysningar om detsamma bland annat i tidskriften *Tuberculosis.*[1]) I den svenska medicinska litteraturen finns en framställning i frågan af Ludvig Wolff.[2])

Tulasen är hvad Behring kallar »ein Vollpräparat», d. v. s. en totalprodukt af tuberkelbaciller och innehåller alla dessas beståndsdelar, således äfven bland annat tuberkulin. Det är afsedt att användas så väl subkutant och intravenöst, eller *parenteralt* enligt Behrings uttryckssätt, som ock *enteralt*, d. v. s. per os. Det senare sättet att administrera medlet tycks han själf lägga hufvudvikten vid. Den terapeutiska pröfningen på mänskligt material är ännu ej mer än påbörjad. Om hur den kan komma att utfalla, vet man ännu ingenting.

Medlet finns ej i handeln. Behring utlämnar det gratis till pröfning. Härför gälla dock synnerligen rigorösa föreskrifter. Det utlämnas endast till kliniker, hvilkas för honom personligen bekanta chefer sändt en bakteriologiskt väl skolad assistentläkare till Marburg för att under en tid af 3 månader sätta sig in i

[1]) La thérapie immunisante à Marbourg contre la tuberculose. Tuberculosis 1906, nr 8.

[2]) Göteborgs läkarsällskaps förhandlingar, Hygiea, juli 1906.

de experimentella grundvalarna för den immunisatoriska tuberkulosterapien. Därjämte måste pröfningen äga rum i enlighet med af honom uppsatta detaljerade bestämmelser och rapport den 1:a i var månad till honom aflämnas. Uteblir denna, så indras genast tulas-sändningarna. Publikationer om resultatet af behandlingen få ej utan hans tillåtelse göras. Bli icke erfarenheterna efter allt detta gynnsamma, så måste det bestämdt vara tulasens eget fel.

v. Kochs tuberkulin.

Vi känna alla hvilken förkrossande dom, som på sin tid fälldes öfver det nya läkemedel mot tuberkulos, sedermera kalladt tuberkulin, hvarom Koch gaf det första meddelandet på den internationella medicinska kongressen i Berlin, 1890, och vi minnas hvilken smälek detta drog öfver Kochs namn. Vi veta också, hur tuberkulinupptäckten trots detta terapeutiska skeppsbrott visat sig vara af så utomordentlig betydelse i andra afseenden, att man obetingadt måste instämma i Ernst Almquists ord, att »tuberkulinets upptäckt skulle enbart det ha gifvit hvilken forskare som hälst världsrykte».[1]) Hvad däremot kanske inte alla veta är att vi nu stå vid begynnelsen af en ny terapiens tuberkulinæra, som af allt att döma kommer att bli af mindre efemär natur än den förra.

Tuberkulinets 16-åriga lefnadssaga är intressant nog. Öfver hela den bildade världen hälsades budskapet om det nya tuberkulosmedlet med entusiasm. Öfverallt började man med ifver ta det i bruk. Från vårt land ha vi meddelanden om sådana försök af Edgren[2]), Henschen och Warfvinge. Men knappt mer än ett år hade förgått, innan glädjeruset började dunsta af. Från alla håll regnade publikationer om sviken förväntan, misslyckande och direkt ödesdigra verkningar af tuberkulinet. Nådestöten gåfvo de patalogiska anatomerna, framför allt Virchow och Hansemann genom sina undersökningar, som tycktes visa, att svåra lokala skador och akut disseminering af tuberkulosen ofta blefvo följden af tuberkulinterapien. Ingen vågade på allvar opponera sig häremot. Från klinikerna blef det alldeles tyst om tuberkulinet.

Men i stillhet fortsatte man på sina håll att samla er-

[1]) *Ernst Almquist* och *Gerda Troili-Petersson*, Mikroorganismerna i praktiska lifvet. Sthlm 1901.

[2]) *J. G. Edgren*, Therapeutische Versuche mit dem Kochschen Mittel gegen Tuberkulose, Nord. Med. Arkiv 1891, samt i Hygiea, maj —juni 1891.

farenhet om detsamma. Framför allt var detta fallet vid sanatorierna. Med sanatorierörelsens allt starkare uppsving spred sig också i vidare kretsar intresset för tuberkulinet. Ännu en stöt framåt fick detta intresse, när Koch 1897 publicerade meddelanden om nya modifikationer af tuberkulinet. Småningom började en motströmning inom litteraturen göra sig gällande angående tuberkulinets terapeutiska värde. Allt fler och fler samvetsgranna arbetare berättade om gynnsamma resultat. Så begynte man då syna i sömmarna de ogynnsamma uttalanden, som under det första skedet sett dagen. Och man fann mycket att anmärka. Man fann, att Kochs uttryckliga anvisning om, att tuberkulinet endast kunde väntas påverka de tidiga fallen, icke hade beaktats utan att försöksmaterialet till stor del hade utgjorts af avancerade fall. Man fann att till på köpet dessa avancerade fall genomgående hade behandlats med för höga doser, som åstadkommit starka feberstegringar och att man trots dessa mången gång hade fortsatt behandlingen, utan att ge patienten tid att hämta sig, ända till mors. Man påvisade vidare, att den första tuberkulinperioden hade infallit samtidigt med influensans framträdande i Tyskland och att man helt visst på dess konto fick skrifva en hel del af de dödsfall, för hvilka tuberkulinet fått skulden.

Öfverblickar man den nutida tuberkulinlitteraturen, så finner man öfverallt den uppfattningen rådande, att dessa omständigheter i hufvudsak varit anledning till föregående nedslående resultat. Så uttala sig t. ex. P. Fr. Krause i Zeitschr. f. Hyg. und Inf. — Krankh., Bd 33 och Penzoldt i sin bekanta handbok. På det bestämdaste bestrides, att tuberkulinbehandling ger upphof till akutisering af tuberkulosen. Så säger prof. A. Moeller, chef för den stora tuberkulosanstalten Belzig vid Berlin, som länge användt tuberkulin, att han på 20,000 injektioner ej sett ett enda fall af mobilisering af tuberkelbacillerna. Mot Virchow och Hansemann invänder man, att orsakssambandet mellan tuberkulinbehandlingen och miliartuberkulosen icke är bindande visadt, utan att tvärtom de kliniska sjukhistorierna i en hel mängd af dessa fall ange, att akutiseringen inträdt redan före behandlingens början.

En hel rad framstående sanatoriemän, för att nämna blott ett enda men desto bättre kändt namn, *Turban* i Davos, och äfven enstaka klinici, t. ex. *B. Fränkel* i Berlin, äro nu deciderade anhängare af den kurativa tuberkuliniseringen. Äfven i vår litteratur ha uttalanden i sådan riktning gjorts af *Tillman*[1])

---

[1]) *John Tillman,* Om Kochs gamla tuberkulin som terapeutiskt medel vid lungtuberkulos, Hygiea, dec. 1905.

vid Österåsen. *Pottenger*[1]), som sändt cirkulärskrifvelser till ett stort antal klinici, säger som resultat häraf, att motståndare till tuberkulinet äro endast de, som i början af 90-talet gjort olycka med detsamma, samt de som ej ha egen erfarenhet af medlet. Alla som på senare tid försiktigt begagnat tuberkulin, ha fått gynnsamma resultat.

Från många håll framhålles, att tuberkulinet speciellt är värdefullt vid sanatorierna jämte den hygieniskt-dietiska behandlingen och att man synnerligen ofta lyckas åstadkomma definitiv läkning äfven i sådana fall, som förut länge och förgäfves behandlats enbart efter sanatorieprinciper. Hvad som är allra viktigast är, att det synes höjdt öfver allt tvifvel, att tuberkulinbehandlingen, använd i därför ägnade fall och enligt den teknik, som småningom utarbetats är för patienten fullkomligt ofarlig (*Penzoldt, Moeller, Senator* m. fl.)

Innan jag närmare ingår på indikationerna och metodiken för behandlingen, skall jag nämna några ord om de olika tuberkulinpreparaten och deras framställningssätt.

Tuberkulinet från 1890, Kochs *gamla tuberkulin (T.)*, vinnes genom inspissering i vattenbad till $^1/_{10}$ volym af glycerinhaltiga buljongkulturer af tuberkelbacillen, hvarefter bacillerna frånfiltreras. Det är således närmast ett glycerinextrakt på tuberkelbaciller.

Tuberkulinet från 1897 framställes på annat sätt. Virulenta tuberkelbacillkulturer intorkas, sönderrifvas fint och extraheras med destilleradt vatten. Därvid afskilja sig två lager, ett öfre mer tunnflytande, *tuberkulin TO.*, och en undre bottensats *tuberkulin TR.* Senare har Koch funnit lämpligast att ej skilja dessa lager från hvarann utan genom tillsats af glycerin förenat dem till en emulsion, som således innehåller alla tuberkelbacillens beståndsdelar och utgör hans nyaste tuberkulin.

Äfven om dessa senare tuberkuliner har en stor litteratur uppstått. På vårt språk ha undersökningar öfver tuberkulin T. R. publicerats af *Edgren*[2]) och *Köster*[3]). Efter Koch ha en mängd forskare framställt tuberkuliner af allehanda slag, äfven från andra, den syrefasta gruppen tillhörande, bakterier. Tuberkulinreaktionen är nämligen en s. k. gruppreaktion och kan framkallas med preparat vunna af alla de till denna grupp

---

[1]) *Pottenger,* A critical study of Tuberculin and allied products based upon a collective investigation. Therapeutic Gazette 1903, cit. efter Moeller.

[2]) *J. G. Edgren,* Försök med R. Kochs nya tuberkulin (TR). Hygiea 1898.

[3]) *Köster,* Försök med Kochs nya tuberkulin. Göteborgs läkarsällskaps förhandl. 1897, Hygiea 1898.

hörande mikroorganismerna. Intet af dessa preparat har emellertid studerats och genomarbetats så mycket i praktiskt afseende som Kochs gamla tuberkulin, hvarför jag i det följande uteslutande håller mig till detta.

Kochs gamla tuberkulin är en brun, tjockflytande vätska, som tillverkas vid Farbwerken Hoechst a. M., och kan erhållas från apoteken i små flaskor om 1 cm³. Då priset för en sådan flaska endast är ungefär 1 kr. och medlet användes i stark utspädning, som vi strax skola se, så blir en tuberkulinkur mycket billig.

Tuberkulinet ges nästan uteslutande subkutant. Några ha användt det intravenöst och perkutant. Per os har det betydligt svagare verkan. Som injektionsplats förordas vanligen nedre delen af interscapularrummet på ryggen. För egen del har jag alltid gifvit det i bukbetäckningarna. Åtminstone på sängliggande torde denna plats gifvet vara att föredraga. För att få en lagom utspädning förfar man på följande sätt. Med en pipett, graderad i 100:dels cm³ (för den som har Fickers tyfusdiagnostikum lämpar sig den därtill hörande pipetten utmärkt) tar man ur tuberkulinflaskan 0,1 cm³ och sätter till detta 9,9 cm³ sterilt vatten. Man har då en utspädning 1 : 100. En Pravaz spruta häraf innehåller således på hvarje delstreck 1 mg tuberkulin. Af denna blandning tar man så 1 cm³ till 9 cm³ sterilt vatten och får därigenom utspädningen 1 : 1000, då Pravazsprutan på hvarje delstreck innehåller 0,1 mg tuberkulin. Det säger sig själf, att pipett och flaskor skola vara sterila.

Man börjar kuren med 0,1 à 0,2 mg och ger injektionerna 2 ggr i veckan, hvarvid man för hvarje gång ökar med 0,1 à 0,2 mg, tills reaktion inträder. Tuberkulinreaktionen ger sig tillkänna med feber, allmänt illamående, smärtor i rygg och extremiteter, hufvudvärk o. s. v. ungefär som vid influensa, samt lokala symptom, vid lungtuberkulos framför allt tilltagande af rasslen och uppträdande af rassel på punkter, där man förut t. ex. endast hört orent andningsljud. Starka reaktioner måste absolut undvikas. Detta är anledningen till att man så försiktigt stegrar dosen. Som reaktion räknas redan en temperaturhöjning af 0,5° öfver det normala. Reaktionen uppträder, då man som sig bör arbetar med nyberedda lösningar, ungefär 12 timmar efter insprutningen, vid äldre lösningar är verkan fördröjd eller uteblir. Efter 1—3 dygn, beroende på reaktionens styrka, ha symptomen försvunnit. En ny injektion får aldrig ges förr än symtomen efter den föregående ha lagt sig. Har vid en viss dos reaktion inträdt, så ges vid den följande injektionen samma mängd eller, om reaktionen varit väl stark, minskas den. Fortare eller långsammare inträder då vänjning,

så att pat. ej längre reagerar för den ifrågavarande dosen. Man börjar nu återigen öka, men med 0,5 till 1 mg för hvar gång, följande samma regler. På omkring 1 månad brukar man komma så långt, att pat. tolererar 10 mg. Sedan minskas i regel känsligheten för medlet raskt, så att man snart nog kan öka med 5, 10, 20 mg i taget. Har man kommit upp till 100—200 mg, så uppträder sällan feberreaktion vid dosernas stegring. Slutdosens storlek anges af olika författare olika. 1—2 gm tycks vara ett tämligen allmänt brukligt maximum. Ha redan förut alla sjukdomssymtom försvunnit, så slutar man tidigare. Efter några månaders hvila återupprepas kuren, om så behöfs.

För tuberkulinbehandlingen ägna sig lungtuberkulosens tidigare stadier. Således framför allt ensidiga förändringar, som ej öfverskrida clavicula och spina scapulæ. Men äfven längre gångna, där t. ex. hela ena öfverloben och den andra spetsen äro angripna, kunna med framgång behandlas. Lika viktigt att ta i betraktande som stadiet är patientens allmäntillstånd. Vid dåligt allmäntillstånd och sjunkande kroppsvikt kan tuberkulinet endast med yttersta varsamhet användas. Bestående feber kontraindicerar alldeles tuberkulinbehandlingen. Nyss förutgångna hæmoptyser samt hjärtfel anses äfven af de flesta som skäl att afstå.

Jag slutar härmed denna lilla öfversikt och hoppas att något för praktikern kan vara att draga därur. Som kontentan af densamma skulle jag vilja sätta denna sats: *tiden är nu mogen att till allmän pröfning återupptaga Kochs gamla tuberkulin, som för 15 år sen på otillräckliga grunder förkastades.*

(Insändt).

Till frågan om provinsialläkares pensionering.

Undertecknad och som jag tror många andra kolleger äro Doktor —n— tacksamma för den inledning till diskussion angående ofvanstående fråga, som han infört i Läkartidningen för den 11 jan. Tyvärr syssla vi läkare, då vi någon gång idka skriftställeri, nästan alltid med vetenskapliga ämnen; vår ekonomiska och sociala ställning röra vi sällan vid. Att detta är orätt, är åtminstone mig klart. Om vi ej uppvisa, huru eländig vår ställning är, torde nog ingen vilja komma oss till hjälp. Naturligtvis skola vi sträfva efter att hålla vetenskapens fana högt, men vetenskapen har svårt att få riktigt fotfäste inom en kår, där ställningen är rent af förtviflad. Och förtviflad är i sanning den extra provinsialläkarekårens ställning, denna kår, hvarifrån Sveriges provinsialläkarekår skall rekryteras.

Mycket vore bärom att säga; vill emellertid nu endast yttra mig angående utsikten till pension.

Såsom ett belysande exempel ber jag att få anföra mina egna framtidsutsikter.

Jag aflade min licentiatexamen vid 28 års ålder. Efter en tids tjänstgöring på förordnande, gick jag under några år såsom underläkare vid sjukhus för att förskaffa mig ökad utbildning och blef därefter extra provinsialläkare. Är nu 40 år och har cirka 12 tjänsteår. Få af mina jämnåriga torde vara lika lyckligt lottade.

Huru är det nu ställdt med mina befordrings- och pensionsutsikter?

Af de kamrater, som stått före mig i hänseende till tjänsteår, ha under de 7 åren 1900—1906, såvidt jag räknat rätt, 47 stycken afgått — dels tagit afsked, dels aflidit, dels kommit på ordinarie stat. Således omkring 7 per år. Enligt mina beräkningar äro för närvarande cirka 65 kamrater före mig i tjänstetid. Jag skulle således kunna beräkna, att efter 9 år, vid 49 års ålder och med omkring 21 tjänsteår komma på ordinarie stat, samt att efter nya 25 år, d. v. v. *vid 74 års ålder blifva pensionsberättigad.*

Härvid är att märka, att *jag,* som sagdt, *torde vara en af de bäst lottade bland mina jämnårige* i detta hänseende.

Följden häraf torde vara, att om några årtionden kommer Sveriges provinsialläkarkår att bestå af orkeslösa gubbar, som endast ofullständigt kunna sköta sin tjänst, men som på grund af pensionsbestämmelserna ändock måste tjänstgöra — sig själfva till en plåga och allmänheten helt säkert till ringa belåtenhet.

Så lyder nu den enkla sanningen, och så förtviflade äro verkligen utsikterna för ämbetsläkarne på landsbygden, dessa tjänstemän, som natt och dag, helg och söcken, i hvad väder som helst få vara beredda att träda i arbete emot en mången gång mycket ringa lön.

För en hvar, som vill vara rättvis, måste det ligga i öppen dag, att detta förhållande är alldeles avita och att något måste göras för att åstadkomma rättelse.

Enligt min åsikt kan denna fråga endast lösas på ett sätt: *skillnaden emellan tjänsteår och pensionsår måste bortfalla,* d. v. s. en hvar läkare, som utnämnes till provinsialläkare, får rätt att räkna *alla* sina tjänsteår sig till godo i och för pensions erhållande. Såsom extra provinsialläkare — ja, äfven såsom stadsläkare eller biträdande provinsialläkare — har man ju alla en provinsialläkares skyldigheter emot staten. Hvarför då ej också erhålla den enda rättighet, som det är något bevändt med, nämligen att räkna pensionsår?

Rättelse, och *snar* rättelse i dessa missförhållanden är behöflig, ej blott för vår egen kårs skull, utan äfven för det, som är vida viktigare: för den stora svenska landsbygdens skull. Ty denna kan ej fara väl af att såsom läkare och hygieniker ha utsläpade åldringar, som trots tilltagande ålderdomsskröplighet mot sin vilja nödgas att tjänstgöra vid en ålder, då andra tjänstemän med långt mindre kräfvande kall redan för länge sedan blifvit pensionerade.

Det är *vår* skyldighet att uppvisa, huru oresonliga förhållandena äro. Må vi göra det eftertryckligt, så att det höres, och så att vederbörande en gång få ögonen öppna! Måtte därför en hvar efter bästa förmåga arbeta därför, och måtte den nu öppnade diskussionen blifva liflig och sakrik och om möjligt föra till målet!

Extra prov.-läkare.

(Insändt).

En fråga.

Är det rätt mot kollegerna, ja, jag vågar säga mot allmänheten, att i en af mellersta Sveriges största städer en läkare mottager s. k. årsackord i en mycket stor sjukkassa efter 3 kronor per år för familj och — mirabile dictu — 1,20 kr. per ogift individ? Härtill kommer, att läkarevårdens betalande efter detta pris icke är obligatorisk utan att hufvudsakligast de största och sjukligaste familjerna begagna sig däraf samt att i sjukkassan finnas en mängd mindre handlande, fabrikanter, husägare och handtverksmästare. I betalningen ingår förlossningar, nattbesök, tandutdragningar o. d., som annars plägar undantagas. Dessutom annonseras ideligen läkarevård i stadens tidningar för 25 öre i månaden för familj och 10 öre i månaden, om de ingå i nämnda sjukkassa.

De nu utgående cirka 1,600 kr. borde vara 5,000 kr. Nu är ju betalningen — 1,20 — för ogift ej ersättning ens för ett besök och 3 kr. för familj normal ersättning för ett besök hos den sjuke.

En dylik spottstyfver — sit venia verbo — slappar läkarens intresse och nedsätter läkaren i allmänhetens förtroende. Vår ekonomi och vårt sociala anseende tillåter ej dylika uppgörelser.

Läkare.

Periodisk litteratur.

Här meddelas de senaste tidskriftshäftenas innehåll med undantag af referat, boknyheter m. m.

Finska läkarsällskapets handlingar, n:r 12. *K. Boucht:* Bidrag till kännedom om frekvensen af skrofulo-tuberkulösa körtelsvullnader hos barn. — *Hj. Törnroth:* Bidrag till operationsmetoderna för ljumskbråck.

Hygiea, dec. *J. Widmark:* Nyare undersökningar om den sympatiska ögoninflammationens ætiologi. — *E. af Geijerstam:* Några ord om behandlingen af migrän medels hypnos. — *L. Lindqvist:* Fall af teratoma ovaria (embryoma Wilms). *Thure Petrén:* Om sinnesbeskaffenheten från fängelseläkarsynpunkt. — *E. Essen-Möller:* Fall af spontan förlossning efter föregående operativ klyfning af cervix uteri. — *Gerda Kjellberg:* Om ett fall af parotitis syphilitica. — *O. Sandberg:* Från 1:a kräftforskningskongressen sept. 1906. — *A. Kuylenstierna:* Bidrag till pannhålans kirurgi (reseberättelse).

Hvarjehanda notiser.

Medicinalstyrelsen. Kungl. Maj:t har förordnat ombudsmannen d:r E. Sederholm att under innev. års riksdag uppehålla medicinalrådet Wawrinskys ämbete.

Obstetrisk-gynekologiska sektionen sammanträdde den 25 jan., hvarvid d:r Forssner höll föredrag om salpingitens operativa behandling och d:r Bovin demonstrerade 2 fall af myoma uteri med corpuscancer.

Malmö läkarförening har, sedan prof. Borelius öfvergått till Lunds läkarförening, utsett d:rerna Bohmansson och T. Petrén till fullmäktige i Allm. sv. läkarföreningen med d:rerna Bauer och Körner såsom suppleanter.

Stockholms kirurgförening sammanträdde den 26 januari, hvarvid förekom: d:r *Perman:* Två fall af bentumör; d:r *Rissler:* Fall af cystisk tumör i femur; d:r *Haglund:* Om skador å calcanei epifyskärna; d:r *Key:* Demonstration af uretercystoskop samt professor *Berg:* Om accideuser vid gallvägsoperationer.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes; [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Stadsläkartj:n i Jönköping (ansökan, ställd till stadsfullmäktige, inl. till magistraten)	4 febr.
Läkarbefattn:n v. länsfängelset i Vänersborg (sökes hos K. Befalln:hde)	6 febr.
Extra prov.-läk.-tj:n i Svedala distr. (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod; sökes hos distr.-styrelsens ordf.)	8 febr.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Falun[3]) (löneförmåner: 2,500 kr. + 300 för elevers undervisn. jämte fri bostad och kost samt en månads semester)	8 febr.
Tvänne stadsdistr.-läk.-tj:r i Örebro (ledigförklarade på grund af ny femårsperiod)	9 febr.
En marinläk.-stip.-befattn. (ansökan, ställd till med.-styr:n, inl. hos marinöfverläk.)	11 febr.
Prov.-läk.-tj:n i Hofva distr.[1]) (*ånyo* ledigförklarad, då en af de på förslag uppförda återtagit sin ansökan)	11 febr.
Extra prov.-läk.-tj:n i Dalarö distr.[2]) (ledigförklarad för tiden 1907—1911; förre inneh:n befordrad; distr. omfattar Dalarö, Ornö, Nämdö och Österhanninge socknar med 3,386 invånare den 1 jan. 1905; station och medikamentsförråd i Dalarö; lön: 2,075 kr.)	11 febr.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Västervik[3]) (*nyinrättad;* löneförmåner: 1,800 kr. + 400 för elevers undervisn. jämte fri bostad och kost)	11 febr.
Öfverläk.-befattn:n v. tuberkulosafd. af sjukhuset S:t Göran i Stockholm	11 febr.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Visby[3]) (löneförmåner: 2,400 kr. jämte fri bostad och kost)	13 febr.
Andre stadsläk.-tj:n i Halmstad (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	18 febr.
Extra prov.-läk.-tj:n i Nässjö distr. (distr. omfattar Nässjö församling af Jönköpings län med 5,116 invånare 1 jan. 05; lön: 800 kr.; ansökan ställes till kommunalnämnden, Nässjö)	20 febr.
Las.-underläk.-tj:n i Borås[3]) löneförmåner: 1,800 kr. + 500 kr. i kostpengar jämte fri bostad)	21 febr.
Las.-underläk.-tj:n i Umeå[3]) löneförmåner: 1,500 kr. + 800 kr. såsom ersättning för bostad och kost; då den nya las.-byggn:n under årets lopp blir färdig höjes	

lönen till 2,300 kr. jämte fri bostad och kost med skyldighet att undervisa elever) 21 febr.
En underläk.-tj. v. Lunds asyl[3]) 22 febr.
En bat.-läk.-tj. v. Lifreg:tets grenadjärer[1]) 25 febr.
En bat.-läk.-tj. v. Västmanlands reg:te[1]) 25 febr.
Underläk.-tj:n v. Växjö hosp:s kriminalafd.[3]) 25 febr.
Extra prov.-läk.-tj:n i Tjörns distr.[2]) ledigförklarad på grund af ny femårsperiod) 27 febr.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Markaryd (skall inrättas f. o. m. år 1908) 21 febr.
Medikamentsförrådet i Sollebrunn (nyinrättadt) 15 febr.

Af Kungl. Maj:t utnämnda och transporterade:

Till bat.-läk. v. Kronprinsens husarreg:te: reg:tsläk. v. Södra skånska inf.-reg:tet *A. Lindau.*

Apoteksprivilegium tilldeladt:

Ex. apot. *E. A. W. Lilieqvist* å apoteket i Marstrand.

Af Med-styr:n upprättade förslag:

Till erhållande af hvar sitt *stipendium för lasarettsläkare:* P. E. Lindström, F. J. Bauer och C. G. A. Adlercreutz.

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Las.-underläk. i Jönköping *Harald Hansson* (31 mars).

Af vederbörande myndigheter antagna:

Till distr.-läk. i Norrköpings stad (södra distr.) lic. *Erik Haglund.*

Legitimerade:

Lic:rna *Birger Norrbin, C. N. V. Svedelius* och *A. F. Warberg.*

Sökande:

Till *ex. prov.-läk.-tj:n i Orusts västra distr.* (i ordn. efter tj:år): ex. prov.-läkarna Lindfelt i Grebbestad, och Söderholm i Fiskebäckskil, 2:e stadsl. Blume i Lysekil, ex. prov.-läk. Martinell i Färila, bitr. prov.-läk. Lundgren i Växjö, ex. prov.-läkarna Johannesson i Kungshamn och Blomberg i Enånger, lic:rna C. A. Lindgren, Mellerud och V. Sterner.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *A. F. Warberg* t. f. las.-underläk. i Visby fr. 30 jan. (v).

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 8 februari 1907.

4:e årg.	Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER.	N:o 6.

Innehåll: E. LANDELIUS: Om diabetes mellitus' kirurgiska komplikationer och förhållande till operationer. — Periodisk litteratur. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser.

Ur Gäfleborgs—Dala Läkare- och Apotekareförenings förhandlingar. Bilaga A. till protokollet den 10 nov. 1906.

Om diabetes mellitus' kirurgiska komplikationer och förhållande till operationer.

Af

E. Landelius.

Några fall af sammanträffande mellan diabetes mellitus och kirurgiska åkommor, som iakttagits å Gäfle lasarett, ha gifvit mig anledning att något genomse litteraturen på området.

Då de vanliga läro- och handböckerna[1]) lämna endast vaga uppgifter om prognos och behandling, har jag måst vända mig till tidskriftslitteraturen. Där har mött mig delvis ganska differerande åsikter, hvarför jag trott en kort redogörelse för dessa skulle erbjuda ett visst intresse. Lexer (1905) talar om »hervorragende Empfänglichkeit» för pyogena och putrida infektioner och om faran för akut hjärtsvaghet och koma i anslutning till operationer; operationen bör göras så enkel som möjligt och »peinlichst aseptisch», allmän narkos bör undvikas

---

[1]) Andra upplagan af Naunyn's Diabetes melitus utgifven 1906 har först de sista dagarna kommit mig tillhanda.

eller göras möjligast kort, emedan den åstadkommer ökning af acetonuri och glykosuri och ej sällan följes omedelbart af koma. Vid den lokala anästesien består fara för nekros af den infiltrerade väfnaden; dessutom bli patienterna lätt agiterade af ingreppet och detta kan ge anledning till hjärtkollaps eller koma. Bäst lämpar sig, anser Lexer, ryggmärgsanästesien. Med alkali, särskildt bicarbonas natricus, har man försökt motarbeta acidosen. von Noorden (1901) framhåller, att kirurgien har uppgifvit sin forna ståndpunkt att så mycket som möjligt undvika operationer på diabetici. Om ej förhållandena nödvändiggöra omedelbar operation, bör »Entzuckerung und die Hervorstellung eines guten Ernährungszustandes» alltid föregå det operativa ingreppet. »Besondere Vorsicht erheischt die Narkose».

Sammanträffande mellan kirurgisk åkomma och diabetes eller glykosuri kan vara rent tillfälligt, eller det kan bestå ett orsakssammanhang dem emellan, antingen så att diabetes är orsak till eller disponerat för den kirurgiska åkomman, de s. k. kirurgiska komplikationerna till diabetes, eller ett rent motsatt, att den kirurgiska åkomman framkallat resp. orsakat diabetes eller glykosuri. Sjukdomarna kunna ock ha kommit till utveckling på en gemensam bas, ett allmänlidande.

Att den orsakande eller framkallande åkomman skall, om dess inflytande får fortsätta, menligt inverka på den sekundära är naturligt, men äfven den sekundära åkomman kan menligt influera på den primära och de tillfälligtvis sammanträffande på hvarandra.

Jag måste inskränka mig till det praktiskt mest viktiga nämligen: de s. k. kirurgiska komplikationerna till diabetes och växelverkan mellan diabetes och operationer, lämnande åsido det ömsesidiga inflytande diabetes och tillfälligtvis sammanträffande åkomma kunna utöfva i öfrigt och glykosuri framkallad resp. orsakad af kirurgisk åkomma.

De s. k. kirurgiska komplikationerna till diabetes äro hufvudsakligen af inflammatorisk eller nekrotiserande karaktär. Mera sällan äro de egentliga, direkta följder af diabetes såsom balanoposthitis och vulvitis (med phimosis och papillom) och katarakt. Vanligen bero de på, att diabetikerns väfnader ha nedsatt motståndsförmåga mot infektioner, traumer, cirkulationsrubbningar, som därför sätta svåra förändringar. Till de s. k. kirurgiska komplikationerna till diabetes räknas vanligen utom förutnämnda, furunkulos, karbunkel, flegmone, extremitätgangrän, mastoidit. Af somliga anses orsaken ligga i dåligt allmänt nutritionstillstånd, underhjälpt genom af diabetes orsakad angioskleros och nervdegeneration; andra tillskrifva den-

samma sockerhalten i väfnaderna; åter andra vilja ta till hjälp okända, giftiga ämnen. Genom Grossmann's och Hildebrandt's experimentella undersökningar är visadt, att de undersökta mikroberna (streptococc. pyogen.; staphylococc. pyogen. aureus, albus, citreus, bacterium coli) växa bäst på substrat, som hålla 0,25—0,5 % glykos, och vida bättre än på sockerfria näringssubstrat, att starkare sockerhalt förminskar deras växt, och att kokkernas virulens stegras genom närvaro af socker i väfnaderna. Hildebrandt påpekar, att de hvarandra motsägande resultat, hvartill andra förut kommit, berott på användande af för starka sockerlösningar. Det anföres emellertid, att ofta nog de svåraste formerna af diabetes med riklig glykosuri och hastigare förlopp, sådana de förekomma hos unga, gå fria från suppurativa komplikationer. Hos väfnaderna kan man anta, att dessutom i de långsammare förlöpande fallen satts förändringar af något slag, som ge ökad disposition, kanske genom inverkan å väfnaderna af sockerhalten eller andra abnorma ämnesomsättningsprodukter eller af den hos diabetici tidigt sig utbildande angioskierosen. Karbunkel- och extremitätgangrän är vanligt egentligen hos äldre, ej gärna före 35 år. Enligt Wolff's statistik öfver extremitätgangrän voro blott 29,6 % under 50 år, 51,9 % mellan 50 och 60 år.

Orsaken till den hos diabetici vanligare och tidigare än hos andra uppträdande extremitätgangränen är den hos dem så vanliga angioskierosen. Mindre betydelse tillskrifves neuriter. Alkohol, som af en del (Vernenil) ansetts vara en viktig faktor vid uppkomsten af gangrän, tilldömer Hildebrandt betydelse endast såsom gynnande degenerativa processer i kärlen. Arterioskierosen är genom cirkulationsrubbningar ensam i stånd att framkalla idiopatisk extremitätgangrän. Härvid kan 1) en inåt lumen prolifererande endarterit leda till obliteration af ett tillförande kärl med ty åtföljande marantisk trombos i dettas kärlområde, eller kan 2) ett ateromatöst sår orsaka en obliterande trombos af ett större kärl, eller kan 3) oaktadt tilltäppning af hufvudstammen nutritionen ha uppehållits genom kollateralbanor och först genom processens fortskridande äfven dessa tillslutas; ännu en möjlighet är 4) embolisk tilltäppning af kärlen. Denna den aseptiska formen börjar i ändarna af lemmen; den kan lätt nog infekteras och bli mera svårartad genom väfnadernas disposition för suppurativa processer. En andra form af diabetisk extremitätgangrän är den från början infektiösa, som ofta uppstår ur en lindrig traumatisk läsion eller ett sår. Här föregår inflammationen nekrosens uppträdande; väfnadens disposition och angioskierotiska cirkulationsrubbningar gynna processen. Den kan naturligen börja

hvar som helst på lemmen. Extremitätgangränen träffar vanligen benen, mera sällan armarna.

Vid behandlingen af de s. k. kirurgiska komplikationerna är allmänbehandlingen af stor betydelse. Nedbringande af hyperglykämien genom antidiabetisk diet kan hastigt öfvervinna hårdnackad furunkulos, som till upptäckandet af glykosurien trotsat hvarje behandling. Emellertid bör antidiabetisk diet genomföras endast under noggrant aktgifvande på, att den följes ej blott af minskning i glykosurien, utan ock af förbättradt allmäntillstånd. Gent emot de direkta följdsjukdomarna till diabetes såsom balanitis och vulvitis är allmänbehandlingen jämte noggrann renlighet tillfyllest; för papillom och phimosis blir operation ofta nödig.

Beträffande furunkulosen varna somliga (v. Noorden) för knifven och tillråda bruk endast af antiseptika; andra tillråda möjligast tidigt öppnande och utskrapande (Sternberg). Karewski och andra förorda exspektativ behandling och, om operation skulle visa sig nödvändig, är endast excision tillåten. Äfven på den diabetiska furunkulosen tyckes hyperämi enligt Bier med sugklocka ha god verkan. För de vid diabetes så svårartade karbunklarna tillrådes vanligen operativt ingrepp, exstirpation in toto om görligt, eljest incision och utskrapning. Faran för progredierande af infektionen och koma är mycket stor vid incision, hvarför Karewski anser excision för ensamt tillrådlig, äfven om defekten skulle bli aldrig så stor. Också vid karbunkeln har den Bierska behandlingsmetoden gett goda resultat. Gent emot de progredierande, svårartade flegmonena står oftast det mest energiska, kirurgiska ingripande maktlöst. I dessa fall bör öppnas vidt och bredt med långa incisioner utan hänsyn till bildningar, man eljest söker skona för att bevara bästa möjliga funktion. Rätt tidig amputation kan i en del fall rädda lifvet.

Diabetisk extremitätgangrän träffar i regel benen, de bestående kärlförändringarna ge en del prodromalsymtom såsom trötthet, kyla, svullnad, parästesier och smärtor i benen. Man bör då jämte allmän antidiabetisk behandling söka förbättra cirkulationen genom massage, rörelser, kalla tvättningar, naturligtvis under iakttagande af, att man ej gör skada genom lossande af eventuella tromber. Profylaktiskt viktigt är också undvikande af traumatiska läsioner, omsorgsfull skötsel af uppkommande minsta sår och noggrann hudvård i allmänhet. Redan utbruten gangrän behandlas att börja med exspektativt med antiseptiska, torkande förband. Man söker bibehalla den torra branden torr med pulverförband och torka fuktig brand genom öppnande af blåsor och bruk af antiseptiska torkande

förband. Förbättras patientens allmäntillstånd och glykosuri och eventuell acidos minskar, kan man få se smärre nekrotiska delar afstötas och läkning inträda spontant. Har gangränet gripit öfver större delar, fot eller underben, bör man afvakta dess begränsande under försök att möjligast nedbringa glykosuri och acidos. Det händer, att branden trots antidiabetisk kur och antiseptisk behandling fortskrider, flegmone tillstöter, allmäntillståndet försämras, glykosurien minskar ej, acidosen ökar och koma hotar, man blir då tvungen att gripa till amputation innan demarkation. Skyndsamt operativt aflägsnande af lemmen kan ibland rädda lifvet äfven i förtviflade fall med prodromalsymptom till koma (König). Amputationen bör göras i frisk väfnad, och vid val af amputationsställe bör man rätta sig efter kärlens tillstånd, deras permeabilität. Vid gangrän af en tå kan det vara tillräckligt amputera denna å tillhörande metatarsalben. Har gangränet gått öfver på mellanfoten, bör amputeras å underbenet. Kännes puls i bägge a. tibial., amputeras å underbenets nedre del; vid bibehållen puls först i a. poplitea göres hög underbensamputation. Det från en del håll (Heidenhain) gjorda förslaget, att när gangränet gripit öfver på mellanfoten, som regel amputera å låret, har ej vunnit allmänt gillande. I tvifvelaktiga fall och vid svårartad, progredierande brand har nog den höga amputationen större utsikter. Amputationen bör göras möjligast enkel med underlåtande af osteoplastiska operationer, såsom Gritti, Bier, Pirogoff och med enklaste lambåbildning. Esmarchs binda bör ej användas utan manuel kärlkompression. Schleich's infiltrations anästesi är också på grund af faran för brand ej att rekommendera (Hildebrandt), den tillrådes dock af Sternberg och Grossmann. I ryggmärgsanästesi, där den ej är kontraindicerad, eller anästesering af nervstammarna finnes möjlighet att undgå den allmänna narkosen med dess faror för diabetici. Infektionsfaran har naturligen minskats med strängt genomförd asepsis, men på grund af väfnadernas dåliga nutritionstillstånd är p.p.-läkning ej säker, man bör undvika stark spänning af väfnaderna genom alltför noggrann suturering och hårdt åtdragna suturer. Faran för amputationsstumpen är större vid infektiös och häftigt progredierande brand, där lämpligen afstås från suturering. Man bör med omsorg undvika, att infekterade och dåligt nutrierade väfnader användas för lambåbildning. Prognosen är trots betydlig förbättring ej så lysande. Hildebrandt har på 5 underbensamputationer 2 dödsfall och på 4 låramputationer 2 dödsfall. Sternbergs meddelande omfattar 7 fall af torr brand med god utgång, däraf 2 underbensamputationer, och 13 fall af inflammatorisk brand

med 8 underbensamputationer, däraf 6 dödsfall, och 5 låramputationer med 2 dödsfall. Karewski har bättre resultat, på 21 amputationer blott 3 dödsfall i koma, ett i på 10:de dagen utbruten erypipelas capitis, ett efter 6 veckor i hjärtkollaps. Prognostisk betydelse frånkännes i allmänhet patellarsenreflexerna, som Regnier velat tillskrifva värde.

Akut otitis media hos diabetici tillskrifves af många ett särskildt svårartadt förlopp och anses ha stor benägenhet för mastoidit. Den karakteriseras såsom smärtsam med blodigt sekret och tendens till hastig spridning öfver på omgifningen och nekros. Emellertid kommer Eulenstein i sin sammanställning af 70 fall (1903) till den slutsatsen, att suppurativ otit och mastoidit hos diabetici i flesta fall ej erbjuder några karakteristiska egendomligheter och till sitt förlopp ej företer väsentliga afvikelser från det hos icke-diabetici. Äfven svåra otiter gå ej sällan tillbaka utan mastoidit.

Blir operation nödvändig, är ofta nog skyndsam operation desto mer nödvändig på grund af diabetes. Körner har sammanställt 33 fall af operation för mastoidit och funnit att i 29 fall (88 %) inträdde full läkning, visserligen i allmänhet något fördröjd, i medeltal 3 mån.; de 4 döda tillhörde den svåra formen med acidos redan före operationen, inalles hade opererats 9 af denna kategori.

Diabetes' förhållande till operationer.

Hos diabetici inställa sig efter blodiga ingrepp inga som helst egenartade symptom (Karewski); hvarje inträffande rubbning kan uppträda oberoende af operativt ingrepp. Operationen är blott ett tillfälligtvis framkallande moment; följderna äro väsentligen beroende på diabetes' grad och patientens konstitution, men icke förty står det fast, att mellan diabetes och kirurgiska ingrepp består en olycksdiger växelverkan, så att diabetes kan försämras genom dessa och själf menligt influera på utgången af ett blodigt ingrepp. Det är hufvudsakligen två faror, som hota diabetikern i anslutning till en operation: sårinfektion och koma. Sårinfektionen hade naturligen större betydelse under den förantiseptiska tiden, men kan ej lämnas ur räkningen äfven under vår aseptiska. Fullkomlig asepsis i ordets strängaste betydelse d. v. s. hindrande af infektionsämnens inkommande i såret är omöjlig att ernå; hos konstitutionellt fullt friska kunna vi räkna med, att den normala organismens fysiologiska, baktericida egenskaper förmå besegra möjligen inkomna bakterier och hindra infektion. Hos diabetici består, måste vi erkänna, trots den minskning i de svåra infektionerna

och de möjligheter för god läkning resp. häfvande af infektion, som aseptiken medfört, i många fall en viss benägenhet för septiska affektioner. Infektionsväckarne äro desamma, som framkalla infektion under andra förhållanden; det är undantagsfall att finna för människan eljest ej patogena mikroorganismer. Ehuru tidigare forskare såsom Bujwid, Nicolas m. fl. tillskrifvit den stegrade sockerhalten i väfnaderna ett gynnande inflytande på bakteriernas växt och med mer eller mindre framgång sökt bevisa detta, har det bestridts af andra. Genom Grossmann's och Hildebrandt's undersökningar har bevisats, att varkokkernas virulens stegras genom närvaro af glykos i den mängd, den kan förekomma i väfnaderna (0,25—0,5 %). Ju högre och mera resistent mot diet glykosurien är, desto större kan benägenheten för infektion väntas vara. Vid redan förefintlig infektion är faran för spridning genom öppnande af nya infektionsvägar än större. Utsikterna till infektionen är också beroende på lokaliteten och möjligheten att hålla såret aseptiskt. Erfarenheten har visat, att man kan få godt läkningsresultat efter stora operativa ingrepp trots hög glykosuri; och just den svåra formen af diabetes med hög glykosuri brukar undgå de vanliga s. k. komplikationerna. Man har skäl att anta i en del sedan länge bestående fall nedsatt motståndskraft hos väfnaderna genom sämre allmänna nutritionsförhållanden, abnorma ämnesomsättningsprodukters giftverkan, eller som följd af angiskleros. Därför kan också en patient med hög glykosuri och godt allmäntillstånd vara bättre skyddad för sårinfektion än en med ringa glykosuri och dåligt allmäntillstånd. I direkt anslutning till operation kan glykosurien öka resp. återuppträda och nå betydliga värden och samtidigt stegras glykämien. I ett fall har jag sett glykosurien efter en amputation af stortå under terminalanästesi stiga från 49 gm. dagen förut till 133 gm. andra dagen efter, och ännu sjätte dagen utsöndrades 77 gm., detta trots kolhydratinskränkning i födan. Hoffa har meddelat ett fall, som sista 2 åren varit sockerfri, där aftonen efter operationen (för cancer recti) urinen höll 2,4 % socker, på sjätte dagen koma.

Af betydelse för infektionsfaran är kanske blodets i anslutning till narkosen minskade alkalescens och möjligen också uppträdandet af en del abnorma ämnesomsättningsprodukter. Äfven genom operationen bildade lokala förhållanden: väfnadsläsionen, nutritionsförhållandena, hålbildning med sekretretention o. s. v. ha stor betydelse för läkningens förlopp.

Man bör således före hvarje ingrepp, som kan uppskjutas, eftersträfva försvinnande resp. möjligaste nedsättande af glykosurien genom diet, häfvande af eventuell acidos genom alkali-

tillförsel under aktgifvande på, att samtidigt allmäntillståndet bättras. I detta sammanhang bör påminnas om, att i en del fall kan aflägsnandet af en varhärd medföra acidosens häfvande och allmäntillståndets bättrande, ja till och med försvinnande af glykosuri och öfriga diabetiska symtom.

En annan fara, som hotar diabetici i anslutning till operation, är koma. Koma kan uppträda såsom sjukdomens afslutning utan yttre anledning eller har iakttagits efter tillfällig sjukdom särskildt infektion eller intoxikation, öfverförande på sträng diet, kroppslig eller andlig ansträngning, trauma eller sinnesrörelse och efter operativa ingrepp Under liknande förhållanden har iakttagits allmän försämring af diabetes karaktär. Om komas patogenes ha olika meningar gjorts gällande. Man betraktar den numera allmänt såsom yttring af en autointoxikation, men är ej ense om, hvilket eller hvilka ämnen utöfva denna giftverkan; mest gängse är den af Stadelmann framställda om en syreförgiftning (acidos), hvarvid särkskildt β-oxismörsyra, men sannolikt äfven andra syror äro verksamma såsom acetättiksyra, mjölksyra, fettsyror. En annan åsikt har framställts af Klemperer m. fl.: att autointoxikationen orsakas af ej kända toxiner. Den gamla åsikten om acetonförgiftning har för närvarande ej anhängare.

Koma uppträder vanligen i de svåra formerna af diabetes. Härmed öfverensstämmer, att Körner bland af honom samlade mastoiditoperationer funnit postoperativ koma endast inom den svåra formen med acidos före operationen; men enligt Becker's och Füth's sammanställningar tyckes koma hota äfven i fall, som synas varit lätta, där glykosurien varit borta före operationen till och med under lång tid (2 år Hoffa) eller där man ej misstänkt diabetes; men gentemot de senare kan ju anföras, att urinen ej blifvit undersökt på socker och acetättiksyra före operationen.

Det kan ej i detta sammanhang bli frågan om att skildra symtom och förlopp vid koma. Jag vill blott fästa uppmärksamheten vid några punkter beträffande den postoperativa koman.

Becker, som först riktade uppmärksamheten på denna komplikation till operation å diabetici, beskrifver den uppträdande tämligen i omedelbar anslutning till operationen. Under de första timmarna erbjuder patientens tillstånd intet anmärkningsvärdt, sedan patienten blifvit fullt redig, frapperar en påfallande eufori — »Ihr Zustand hatte geradezu etwas unheimliches» —, som öfvergår i slöhet och efter intill 24 à 48 timmar i stupor och koma. Füth meddelar en del fall af sen koma uppträdande på 6:te och 7:de dagen efter fullt tillfreds-

ställande läkningsförlopp, och allmäntillstånd under de första dagarna. I allmänhet har konstaterats postoperativ ökning resp. uppträdande af glykosuri och aceton- och aceturi, där undersökning gjorts på det.

Framställer sig så frågan, hvilka till operationen hörande moment äro de egentligen verksamma, så att man genom dessas undanröjande eller försvagande skall kunna minska faran af ingreppet. Becker beskyllde narkosen för att vara det, som utlöste koma, delvis åtminstone genom rubbning i ämnesomsättningen, en rubbning, som träffande alla narkotiserade bör medföra större faror för diebetikern, hvars ämnesomsättning redan förut är rubbad. Det uppges i allmänhet så t. ex. hos Naunyn, att glykosuri uppträder ofta, äfven hos friska, efter narkos (morfin-, kloroform-, eter-), däremot skulle glykosuri ej uppträda efter enbart inhalation af eter. I motsats härtill står Pflügers uppgift, att han ej funnit postoperativ glykosuri i 144 härpå undersökta fall; på liknande sätt uttalar sig Seelig, att han aldrig ens efter långvarig eternarkos kunnat konstatera glykosuri hos människa; detta yttrande gör han i anledning af experiment, där han på hundar konstant fått glykosuri under och efter lång eternarkos. Pflüger anser mindre tillförlitliga undersökningsmetoder vara orsaken till tidigare uppgifter om postoperativ glykosuri hos icke-diabetici; han anser endast Worm-Müllers prof säkert. Däremot tycks man vara enig om, att aceton och mera sällan äfven acetättiksyra kan uppträda i urin hos friska efter narkos, vanligare efter kloroform än eter; därvid bör tagas i betraktande såväl rubbningen i födas intagande som toxisk verkan. Ökning af urinens aciditet förekommer i allmänhet efter narkos, och dess förutsättningar i blodets sammansättning bör hos en diabetiker kunna lätt nog öka eventuelt redan befintlig acidos och så framkalla förgiftning, koma. Naunyn antar, att narkosen genom det ökade väfnadssönderfall den medför, och genom den upplösande verkan af kloroform och eter på erytrocyterna åstadkommer surgörande af blodet.

Hvad beträffar narkosmedlets betydelse, så meddelade redan Becker fall af koma efter såväl eter- som kloroformnarkos. Kausch, som i öfrigt vill möjligast inskränka narkos å diabetici, frånråder bestämdt kloroform till förmån för den relativt ofarligare etern. »Kloroformens starkare toxiska verkan i jämförelse med etern är bevisad för icke-diabetici». Hirschfeld tillskrifver narkosens skadliga verkan kloroformens ogynnsamma inflytande på hjärtat och ger af detta skäl etern företräde. Å andra sidan anför Sternberg 85 narkoser med kloroform, eter eller Billroths blandning utan något misslyckande. Om ock

man måste tillerkänna narkosens betydelse för uppkomsten af postoperativ koma, finnas många exempel på, att koma inställt sig efter operationer utan inhalationsnarkos; så meddelar Füth fall af koma efter ryggmärgsanästesi (eucain) och kataraktoperationer under kokainaästesi.

Dessa liksom några andra af Füth meddelade fall af koma efter eter- eller kloroformnarkos, skilja sig från Beckers genom senare uppträdande koma, 5:te, 6:te, 7:de dagen. Detta faktum gör äfven beträffande de narkotiserade af Füths fall troligt, att andra moment än narkosen varit verksamma. Härvid har man att tänka på rubbningen i patientens näringstillförsel. Det är kändt, att kolhydratfri diet kan framkalla acidos och koma, men ej alltid har det inledts antidiabetisk diet före operation, som ändat med koma. Däremot har patienten åtminstone, om det gällde större bukoperationer satts på smal diet och grundligt laxerats förut, hvarigenom undernäring kommit till stånd. På operationsdagen ges ej föda före operationen, och äfven efter är tillförseln af såväl fast som flytande föda betydligt inskränkt, kanske omöjliggjord genom kräkningsretningar ifall narkos användts. När det gäller operationer å bukorganen, utsträckes ofta denna bristfälliga näringstillförsel öfver flera dagar. Kroppen tvingas att förbruka af sin egen organism, kommer så på exklusiv ägghvitefett-diet och härigenom ökas acidosen. Samtidigt minskas urinsekretionen tillfölje af den hämmade vätsketillförseln, och det kommer till anhopning i kroppen af mer eller mindre toxiskt verkande ämnen och minskning af väfnadernas vätskehalt. I denna undernäring och vätskebrist för kortare eller längre tid har man att söka en ej oviktig faktor i komans etiologi, såsom framhålles af Hirschfeld, Grossmann m. fl. Rumpf vill tillskrifva vattenförlusten en stor roll vid koma och håller för möjligt, att koma inledes genom en betydlig förminskning af vattenhalten i kroppen. Till stöd härför anför han, att han vid sektion af i koma döda diabetici funnit mycket låg vattenhalt i såväl blod som organ.

Hirschberg har sett koma i 2 fall efter kataraktoperation under kokainanästesi; i dessa fall och äfven i andra har ej preliminär dietkur genomförts, ej heller har vätskeförlust eller undernäring åsamkats genom laxering, hungrande och törstande. Det är allmänt bekant, att andliga och kroppsliga ansträngningar, psykiska alterationer och kroppsliga traumer kunna orsaka rubbning i kolhydratomsättningen, ökad glykosuri och koma. Den ringa kroppsliga ansträngning, som kan utvecklas under narkosens excitationsstadium, kan med fog lämnas ur räkningen; däremot ej direkt shockverkan af vissa operativa ingrepp, exempelvis laparotomier. I detta sammanhang kan

påminnas om det ej sällsynta uppträdandet af metatraumatisk glykosuri hos personer med normal kolhydratomsättning. Stor roll bör helt visst tilldelas den själsliga alterationen, så mycket mer som diabetici tyckas vara särskildt disponerade till funktionelt nervösa rubbningar af depressiv art. Många äro de förhållanden, stående i samband med en operation, som kunna framkalla sådan psykisk alteration. Redan bekantgörandet af, att ett operativt ingrepp måste göras, har Karewski iakttagit hos flera af sina patienter orsaka stegring af glykosuri, låt vara öfvergående, och utan att koma sedan tillstött. Tanken på att behöfva underkasta sig en operation med dess obehag och risk, de anstalter patienten kan behöfva träffa vis à vis sin verksamhet och sina närmaste, att lämna det alldagliga och försättas i en helt ny omgifning, ansträngningarna under en resa o. s. v., se där moment ägnade att bringa äfven friska ur sinnesjämnvikt, och som kunna influera på diabeticis labilare ämnesomsättning. De ändrade förhållandena, eventuelt ändrad diet, förtar patienten matlust och bringar till stånd undernäring.

Becker och andra omnämna särskildt, att patienterna voro lugna och villiga till operation; med rätta anmärker Grossmann mot denna invändning, att psykisk »Erregung» knappast torde saknas hos de skenbart med största fattning och på egen önskan opererade. Äfven det rent psykiska momentet i exitationen vid narkos bör medräknas, liksom å andra sidan rädslan för smärta vid lokalanästesi och verkliga mer eller mindre smärtsamma förnimmelser vid ofullständig sådan verka psykiskt altererande. Skonsam psykisk förberedelse på såväl nödvändigheten af operation som på med densamma förknippade omständigheter är gent emot diabetici ej blott en humanitet, utan har äfven direkt betydelse för en god utgång.

En annan orsak till koma särskildt senare, efter en tids sängläge uppträdande sådan, har man sökt just i den tvungna stillheten och frånvaron af kroppsrörelse. Man har också iakttagit ökning af glykosurien och uppträdande af acetonuri och aceturi, när diabetikern tvingats till stillhet. Betydelsen af måttligt muskelarbete, särskildt såsom nedsättande glykosurien, är tillräckligt känd och erkänd inom diabetesterapien, för att ej behöfva exemplifieras.

Mera sällan torde en större blodförlust föregått och kunna tillskrifvas betydelse för uppkomsten af koma (såsom Lomer och Räther mena). Den förr fruktade efterblödningen efter operationer å diabetici tycks ha förlorat i farlighet. Andra organismen försvagande moment bidraga i sin mån till, att

koma utbildar sig, och till en dålig utgång, så cancer (Füth), sårinfektion etc. Det ökade sönderfallet af kroppssubstanser och acetonurien, som förekommer tämligen vanligt i senare stadier af cancer och till stor del är att tillskrifva cancerns toxiska egenskaper, innebär en stegring i en redan bestående tendens hos diabetikern. Infektioner framkalla rubbning i ämnesomsättningen och öka toxinerna i kroppen och därmed faran för koma.

Af de fall, som förekommit på Gefle lasarett under senare år, förtjäna några ett kort omnämnande, dels som exempel på olycklig utgång, dels på lycklig, trots rätt betydlig glykosuri vid operationstillfället. Till de förra hör en kvinna, 22 år, opererad för allmän peritonit från akut salpingit (före operationen misstänktes ulc. perfor. ventriculi på grund af blodkräkning), narkos 1 tim. 15 min, mö, 30 klfm, slö och föga medelsam redan före operationen, koma, död 38 tim. efter operationen. Vidare en 45-årig kvinna opererad för Herniacrur. incarcer (sedan 5 dygn), lokalanästesi, några timmar efter operationen slö, död 34 à 36 tim. efter operationen. I bägge fallen gick afföring med sköljningarna efter operationen, och buken visade vid sektionen ej peritonit eller tarmhinder. I bägge fallen gaf urinen före operationen Gerhardts reaktion, och efter operationen var urinmängden mycket ringa. Vätska samt Na-bikarbonat gafs per os och därjämte subkutana koksaltinfusioner. Den förra pat. uppgafs förut varit frisk, den senare hade sedan några veckor klagat öfver mattighet och törst. I dessa bägge fall torde otillräcklig vätsketillförsel, pabegynt redan före operationen, ha kraftigt bidragit till den olyckliga utgången.

Å andra sidan kan anföras exempel på lycklig utgång af operationen trots bestående glykosuri. En 69-årig man med papilloma vesicæ urin. hade ännu ett par dagar före operationen 3,2 % socker på en urinmängd af omkr. 1,100 ccm.; operationen bestod i epicystotomi + Exstirpation af en papillomatös tumör (mö, Schleich adrenalin, under 17 min. 2 ccm. klfm. och 30 eter); läkningsförlopp godt; före operationen gafs kost med inskränkt koldydrat-halt och Na-bikarb., så att urinen hölls alkalisk, både före och efter och Salol 1 × 3. Emedan patienten efter operationen ej kunde förmås att äta, då han bjöds den föreskrifna kosten, gafs vanlig kost. Urinen höll under hela sjukhusvistelsen socker. Ett annat fall gäller en 63-årig man, på hvilken gjordes under terminalanästesi amputatio hallucis för malum perfor. med lymfangit; urinen höll dagen förut 3,3 % socker på 1,500 ccm., och andra dagen efter 6,67 % socker på 2,000 ccm.; Na-bikarb. gafs före och

efter operationen, så att urinen var alkalisk dessutom inskränkt kolhydrattillförsel med födan; läkningsförlopp godt.

I intet af dessa fall gaf urinen någon gång Gerhardts reaktion. Tillförseln af Na-bikarbonat vågar jag ej tillskrifva förtjänsten af den lyckliga utgången i dessa fall, utan jämte godt allmäntillstånd den obehindrade tillförseln af vätska och föda och ingreppens ringgradighet. Ej heller anföras de här för att demonstrera ofarligheten af ingrepp å diabetici; nog många olyckliga utgångar äro bekanta, som träffat fall, där man haft skäl att hoppas på god; utan de visa blott, att operationer kunna utföras med bästa resultat trots diabetes och bestående glykosuri. I det senare fallet steg mängden på 24 tim. utsöndrad glykos från 49 gm dagen före till 133 gm andra dagen efter operationen och på samma gång urinmängden från 1,500 till 2,000 ccm, en illustration af faran synes det mig och på samma gång af betydelsen af tillräcklig vätsketillförsel och funktionsdugliga njurar.

(Forts.)

Periodisk litteratur.

Här meddelas de senaste tidskriftshäftenas innehåll med undantag af referat, boknyheter m. m.

Tidskrift for den norske lægeforening, n:r 24, 1—2. *C. Stolzenberg:* Indikationer for ventrikeloperationer. — *O. Bugge:* Spontan luksation af bulbus oculi under fødsel. — *H. Natvig:* Fodvendingens historie — *M. Geirsvold:* Epidemiske sygdomme i Norge. — De medicinske Nobelpristagere 1906 — *Olaf Frich:* Badebehandling ved kroniske hjertesygdomme. — *T. Neumann:* Om tuberkulosepleiehjem for Buskeruds amt. — *M. Solberg:* Forslaget til lov om sygeforsikring. — *J. Reiersen:* Forsøg med sanatogen paa kysthospitalet ved Fredriksværn. — *Y. Ustvedt:* Et praktisk og billigt formalinapparat. — *M. Geirsvold:* Den bakteriologiske tyfusdiagnose.— *E. Bruusgaard:* Bidrag til de leukæmiske og pseudoleukæmiske hudaffektioners klinik og histiogenese.

Ugeskrift for læger, n:r 51—52, 1—4. *P. Heiberg:* Antallet af Sygdomstilfælde af Syfilis i København og Antallet af Dødsfald af generel Parese paa Sct. Hans Hospital. — *Fr. Howitz:* Ekstirpationsmetoden ved tidlige Tilfælde af Cancer uteri. — *H. Kaarsberg:* Amtskommunale Plejehjem. — *S A Rasmussen:* Om Anvendelsen af submukøse Novokain-Suprarenin Injektioner som Anæstetikum ved Tandekstraktioner. — *S. Meyer:* Ved Aarsskiftet. — Det kongelige Sundhetskollegiums Klage til H. M Kongen. — *Ejnar Nyrop:* Studier over Ventrikeloperationer ved »benigne» Lidelser med Stenose. — Skolelægemødet den 15 Oktober 1906. — Fremdeles Lov af $^{29}/_{3}$ 1906.

Hospitalstidende, n:r 50—52, 1—2. *A. Brönnum:* Undersøgelser over Gonorréen hos Manden 1. Spermatocystitis ved gonorroisk Epididymitis. *Aage A Meisling:* Om Synet og dets fysisk kemiske Grundlag. — *J. Fibiger* og *C O. Jensen:* Overførelse af Mennesketuberkulose til Kvæget. — *Poul Haslund:* Endoteliomer i Hovedets Hud. — *K. A. Heiberg:* Undersøgelser over Bugspytkirtlen. I. De Langerhans'ske Øers

varierende Tæthed, samt et Par andre Bidrag til Skildring af disse Dannelser. — *M. K. Zahrtmann:* Sundhetskollegiet og Justitsministeren.

Norsk Mag. for Lægevidenskaben, n:r 1. *E. Poulsen:* Om Radium. — *Edv. Bull:* Pneumotomi. — Helbredelse. — *Kr. Thue:* Dødsfald under hæmoptyse ved lungetuberkulose. — *S. Holth:* Et nyt princip for glaukomets operative behandling. — *Eyvin Wang:* Fysiologisk prøve af digitalisblade. — *Alfred Hanson:* En kusmaepidemi.

Uppsala läkarförenings fö handl r, n:r 1–2. *Ulrik Quensel:* Kancerforskningens problem. — *Martin Ramström:* Huru står antagandet af de lamellösa nervändkropparnes funktion som trycksinnesorgan tillsammans med kända anatomiska förhållanden. — *K. G. Lennander* och *Gunnar Nyström:* Kasuistiska bidrag till kännedomen om peritonit utgången från euterit.

Nord. medicinskt arkiv, II : 3. *Victor Scheel:* Jahresbericht über die Sektionen om Kommunehospital in Kopenhagen. — *C. G. Santesson:* Vergleicheride Studien über die Lokalwirkung von Cocain und Stovain.

Medicinsk Revue, n:r 1. *Klaus Hanssen:* Lidt om kosten ved nyresygdomme. — *W. Locnnecken:* Fingergreb istedet for kateterisation. — *M. Geirsvold:* Om forebyggende inpodninger ved tyfoidfeber. — *S. Abel:* Om diagnosen af paratyfus.

Hygiea, jan. *S. Arrhenius:* Den fysikaliska kemiens användning inom immunitetsläran. — *J. Widmark:* Om förekomsten af blindhet i de skandinaviska länderna och Finland vid 1900-talets början — *E. Ekelöf:* Studier beträffande den antarktiska luftens och markens bakteriehalt, utförda under den svenska sydpolsexpeditionen 1901—04. — *Olof Lundblad:* Några ord om perforeradt magsår med anledning af fyra fall af ventrikeloperation, två på grund af ulcus och två på grund af cancer ventriculi. — *A. Reuterskiöld:* Till gastroenterostomiens teknik. — *E. Rodhe:* Om opium och opiumförgiftning i China.

Finska läkarsällskapets handlingar, jan. *H. Holsti:* Ett fall af dubbelsidig perifer facialis pares vid sekundär syfilis. — *E. Roos:* finnes det några tillförlitliga inre tecken på kväfningsdöd?

Nord. Tidskr. for Terapi, dec.—jan. *O. Lendrop:* Om Kærnemælk till spæde Børn. — *J. Møller:* Om Behandlingen af katarralske Lidelser i Næse og Næsesvælg. — *Chr. Jürgensen:* Kogekunst og Hygiejne.

Hvarjehanda notiser.

Extra provinsialläkartjänsten i Nässjö. Enligt red. tillhandakommet meddelande har kommunalstämman i Nässjö vid den ledigförklarade extra provinsialläkartjänsten fäst vissa villkor, ej nämnda i annonsen, bl. a att innehafvaren ej får vara järnvägsläkare och ej får ha mottagningar utom distriktet. Dessa villkor lära ha tillkommit under tydligt uttalad afsikt att förmå ännu en läkare att bosätta sig i Nässjö.

Smärtfri tandutdragning. En insändare skrifver: »Vore tacksam få upplysning om någon tillförlitlig, enkel och praktisk metod för smärtfri tandutdragning. X, praktiker».

Lunds universitet. Medicinska fakulteten har enhälligt beslutat hos Kungl. Maj:t anhålla, att assistenten vid fysiska institutet vid universitetet i Würzburg, d:r Ernst Overton måtte utan ansökan utnämnas till e. o. professor i farmakologi vid Lunds universitet. Fakulteten stöder sig på sakkunniga uttalanden af professorerna Santesson och Mörner, Stockholm, Bock, Köpenhamn och von Frey, Würtzburg, af hvilka framgår att d:r Overton till fullo besitter den utmärkta skicklighet och förtjänst, som enligt regeringsformens § 28 kräfves för att en utländsk man skall kunna utnämnas till lärare vid svenskt universitet.

Offentliga underrättelser.

Ledlga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
En marinläk.-stip.-befattn. (ansökan, ställd till med.-styr:n, inl. hos marinöfverläk.)	11 febr.
Prov.-läk.-tj:n i Hofva distr.[1]) *(ånyo* ledigförklarad, då en af de på förslag uppförda återtagit sin ansökan)	11 febr.
Extra prov.-läk.-tj:n i Dalarö distr.[2]) (ledigförklarad för tiden 1907—1911; förre inneh:n befordrad; distr. omfattar Dalarö, Ornö, Nämdö och Österhaninge socknar med 3,386 invånare den 1 jan. 1905; station och medikamentsförråd i Dalarö; lön: 2,075 kr)	11 febr.
Underläk. tj:n v. lasarettet i Västervik[3]) *(nyinrättad;* löneförmåner: 1.800 kr. + 400 för elevers undervisn. jämte fri bostad och kost)	11 febr.
Öfverläk.-befattn:n v. tuberkulosafd. af sjukhuset S:t Göran i Stockholm	11 febr.
Underläk. tj:n v. lasarettet i Visby[3]) (löneförmåner: 2,400 kr. jämte fri bostad och kost)	13 febr.
Andre stadsläk.-tj:n i Halmstad (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	18 febr.
Extra prov.-läk.-tj:n i Nässjö distr. (distr. omfattar Nässjö församling af Jönköpings län med 5,116 invånare 1 jan. 05; lön: 800 kr.; ansökan ställes till kommunalnämnden, Nässjö)	20 febr.
Las.-underläk.-tj:n i Borås[3]) löneförmåner: 1,800 kr. + 500 kr. i kostpengar jämte fri bostad)	21 febr.
Las.-underläk. tj:n i Umeå[3]) löneförmåner: 1,500 kr. + 800 kr. såsom ersättning för bostad och kost; då den nya las.-byggn:n under årets lopp blir färdig höjes lönen till 2,300 kr. jämte fri bostad och kost med skyldighet att undervisa elever)	21 febr.
En underläk.-tj. v. Lunds asyl[3])	22 febr.
En bat.-läk.-tj. v. Lifreg:tets grenadjärer[1])	25 febr.
En bat. läk.-tj. v. Västmanlands reg:te[1])	25 febr.
Underläk.-tj:n v. Växjö hosp:s kriminalafd.[3])	25 febr.

Extra prov.-läk.-tj:n i Tjörns distr.[2]) ledigförklarad på grund af ny femårsperiod) 27 febr.
Las.-underläk.-tj:n i Jönköping[2]) (löneförmåner: 1,800 kr. + fri bostad och kost eller 600 kr. kostpengar) 1 mars.
Reg:tsläk.-tj:n v. Södra skånska inf.-reg:tet[1]) 4 mars.
Reg:tsläk.-tj:n v. Östgöta trängkår[1]) *(nyinrättad)* 4 mars.
Bat.-läk.-tj:n v. Norrlands trängkår[1]) *(ånyo ledigförklarad)* 4 mars.
Bat.-läk.-tj:n v. Östgöta trängkår[1]) *(nyinrättad)* 4 mars.
Extra prov.-läk.-tj:n i Malå distr.[3]) (tillsättes för tiden t. o. m. 1911; distr. omfattar Malå socken i Västerbottens län med 2,680 invånare den 1 jan. 05; station i Malåträsks by; lön: 3,300 kr.) 4 mars.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Markaryd (skall inrättas f. o. m. år 1908) 21 febr.
Medikamentsförrådet i Sollebrunn (nyinrättadt) 15 febr.

Af Kungl. Maj:t utnämnda och transporterade:

Till öfverläk. v. med. afd:n af länslasarettet i Falun: lic. *Israel Holmgren*.
Till lasarettsläkare i Kalmar: las.-läkaren i Söderköping *A. R. Warholm*.
Till reg:tsläk. v. Hälsinge reg:te: bat.-läk. v. samma reg:te, reg:tsläk. i fältläkarkåren *F. M. Melin*.

Af Med.-styr:n utnämnda och förordnade:

Till fältläk.-stip. 1:a kl.: stip. i reserven kand. *O. A. Winberg*.
Till marinläk.-stip.: kand. *Georg Liljenroth*.

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Fältläk.-stip. 1:a kl. *S. D. Sommarin* (31 mars).

Af vederbörande myndigheter antagna:

Till extra prov.-läk. i Näskotts distr. (t. o. m. 1909): lic. *L. F. Otterclou*.

Af Med-styr:n upprättade förslag:

Till *1:e prov.-läk.-tj:n i Gottlands län och prov.-läk.-tj:n i Visby distr.*: J. A. Lagerman (förord), A. B. Aurelius, K. J. F. Bergqvist.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *J. Rohlin* t. f. ex. prov läk. i Klintehamns distr. 2 febr.—2 mars (t).
Lic. *George Lindgren* t. f. öfverläk. v. lasarettet i Falun, med. afd. 1—15 febr. (t).
Lic. *Hugo Hofstedt* t. f. ex. prov.-läk. i Mörtfors distr. 2—16 febr. (t).
Kand. *Nils Önne* t. f. ex. prov.-läk. i Älfdalens distr. 16 febr.—3 mars (t).

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 15 februari 1907.

4:e årg. | Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER. | N:o 7.

Innehåll: HJALMAR FORSSNER: Om salpingo-oophoritens behandling. — E. LANDELIUS: Om diabetes mellitus' kirurgiska komplikationer och förhållande till operationer. — A. LIND: Svenskarne och Cuba. — Offentliga underrättelser.

Om salpingo-oophoritens behandling.

(Från gynekol. kliniken å Sabbatsbergs sjukhus.)

Af

Hjalmar Forssner.

Allt sedan Lawson-Tait i slutet af 1870-talet föreslog att per laparotomi exstirpera inflammatoriskt förändrade adnexer, har frågan om dessa sjukdomars operativa behandling utgjort ett stående stridsämne inom den gynekologiska litteraturen.

Gynekologien, liksom bukkirurgien i sin helhet, befann sig denna tid vid början af ett skede, utmärkt framför allt af en lysande utveckling af den operativa färdigheten. Den Taitska operationen fann därför öfverallt mottagliga sinnen och vann hastigt — om ock ingalunda utan motstånd — en stor utbredning. På massor af kliniker i olika kulturländer utfördes operationen och prisades i ofta tämligen öfverdrifna ordalag, ej minst af upphofsmannen själf. Salpingo-oophoriten, som visserligen alltid ansetts som en i många fall besvärlig och terapeutiskt föga tacksam sjukdom, men aldrig betraktats som synnerligen farlig, gjordes nu af många operatörer till ett af kvinnornas värsta plågoris, som t. o. m. kräfde massor af lif; Lawson-Tait har i ett exalteradt ögonblick gått så långt, att han uppskattade mortaliteten i pyoxalpinx ända till c. 50 %! Ej under att hans största sorg var, att operationen ej utfördes »half often enough».

Under hela 80-talet är denna operation den enda, som kan göra anspråk på att utgöra ett radikalmedel mot sjuk-

domen ifråga, och en stor litteratur hade redan under denna tid uppstått. De sträfvanden, som i densamma finna sitt uttryck, äro emellertid tämligen famlande. Man hade inga gemensamma mål. Den ena exstirperade akuta pyosalpinxtumörer för att rädda lifvet, den andra sökte framför allt bekämpa för pat. svåra symptom. Det är klart, att resultaten skulle bli mycket olika och allt annat än direkt med hvarandra jämförbara.

Den på många håll synnerligen höga mortaliteten (ända upp till 20 %) gjorde emellertid operationens lifräddande förtjänster tämligen tvifvelaktiga för dem, som ej anslöto sig till Taits fantasier om själfva sjukdomens farlighet. Härtill kom, att då man på 90-talet började göra noggranna efterforskningar angående de opererades vidare öden, visade sig resultaten af operationen ej så lysande, som man en tid hade hoppats. En stor del af pat. hade alltjämt smärtor, flytningar, oregelbundna blödningar o. s. v.

Operationen började därför komma i misskredit.

Relativt få voro emellertid de stämmor, (Martin, Zweifel m. fl.), som häraf funno sig föranledda att mana till större försiktighet hvad indikationerna anginge. Flertalet, i alla fall inom litteraturen, sökte i stället en förbättring af resultaten genom att operera radikalare. Orsaken till att de från början goda resultaten ej blefvo bestående — så resonerade man — vore att söka i den omständigheten, att Taits operation i självfva verket ej vore en radikalmetod, ty den kvarlämnade ett infekteradt organ, uterus, från hvilket infektionen sedan spred sig vidare och förorsakade recidiv. Alltså, uterus måste medtagas. I st. f. adnexexstirpation skulle man göra totalexstirpation.

Péan var den förste, som gjorde sig till målsman för en dylik radikalare metod, och föreslog därvid att utföra totalexstirpationen per vaginam. Hans förslag upptogs och förordades med stor energi, framför allt af Segond, Jacobs, Landau, Leopold och något senare Schauta, hvilken — förr en ifrig anhängare af adnexexstirpationen — dock en kortare tid utförde totalexstirpationen per laparotomiam, innan han helt anslöt sig till den franska metoden.

Denna vann äfven den en hastig och stor framgång och statistiker på ett par hundra fall sågo på relativt kort tid dagen. Ej oväsentliga voro ock utan tvifvel metodens förtjänster. Mortaliteten var låg och själfva sjukdomssymptomen öfvervunnos i ett öfvervägande antal fall, men i deras ställe trädde alltför ofta andra obehag, som väsentligt grumlade resultaten. Genom könsorganens fullständiga borttagande åstadkoms nämligen ett för tidigt klimakterium med dess för många kvinnor svåra symptom.

De mindre uppmuntrande resultaten af äfven denna operationsmetod ha helt visst fört det goda med sig, att »operationsraseriet», om hvilket man verkligen ej utan skäl kunde tala på 90-talet, dämpades ej så litet och att mer nyktra åskådningar började göra sig gällande angående värdet såväl af den rent exspektativa behandlingen som af de mer konserverande operationsmetoderna.

Under det att så ofantligt många gynekologer låtit uppsöka och efterundersöka sina opererade pat. för att utforska operationsresultatens bestående värde, finnes ingen dylik efterundersökning verkställd på ett utan operation behandladt material förr än på de allra sista åren, och jag har tills dato ej kunnat finna mer än två dylika (Krönig och Peham och Keitler). Dessa bägge uppsatser, stödda på verkliga fakta, ha emellertid i hög grad bidragit till att öka förtroendet för hvad på en rent exspektativ väg kan vinnas.

Om de olika operationsmetodernas inbördes värde äro meningarne ännu mycket delade, hvilket åtminstone till stor del torde finna en förklaring i den omständigheten, att den gamla gynekologiska stridsfrågan, abdominal- eller vaginalmetod, alltför mycket skjutits i förgrunden. Denna teknisk fråga har ofta intresserat mer än den principiellt betydelsefulla frågan: hur mycket af könsorganen måste man offra? Man har allt för ofta glömt bort, att dessa organ ej, som t. ex. appendix, kunna utan men för organismen exstirperas, utan att de äro funktionellt betydelsefulla organ och att operatören därför icke kan uteslutande fästa sig vid frågan, hur man bäst och lättast skall befria pat. från sjukdomssymptomen, utan äfven måste ta hänsyn till, att detta bör ske med största möjliga skonande af genitalorganens funktioner.

När är det vid den operativa behandlingen af salpingooophoriten möjligt att bibehålla conceptionsmöjligheten och när det periodiska könslifvet och när måste man fullständigt spoliera hela genitalfunktionen, äro enligt min mening de frågor, som framför allt måste besvaras för att vinna klarhet angående bästa sättet att operera dessa åkommor. Men just dessa frågor finnas mycket litet företrädda i den hithörande litteraturen.

Här bör emellertid framhållas, att det helt visst funnits många kliniker, som icke följt med den nu skisserade utvecklingen eller deltagit i de på andra ställen vanliga operationsexcesserna, fast deras principer varit föga eller alls ej synliga i litteraturen. Så har t. ex. varit förhållandet med klinikerna i Stockholm, under Netzel, Salin och Westermark, och det kan därför ha sitt intresse att se, till hvilka resultat man

kommit å en af dessa, dels genom en rent exspektativ behandling, dels genom operationsmetoder hvilka städse tagit största möjliga hänsyn till organens funktionella betydelse.

Vid behandlingen af salpingo-oophoriten — liksom af hvarje sjukdom, där en operativ terapi kan komma i fråga — måste man söka skaffa sig kännedom om, hvad resultat en rent exspektativ, symptomatisk behandling lämnar. Det är en nödvändig betingelse för bedömandet af frågan, om vid den ifrågavarande sjukdomen öfverhufvudtaget skall opereras. De närmare indikationerna för en event. operation kunna däremot ej fastställas, utan att först ha kännedom om de olika metoder, som stå till buds och deras olika resultat.

Hvad först angår frågan om den risk, man utsätter patienten för genom ett exspektativt förfarande, sammanfaller den tämligen fullständigt med frågan, om salpingiten — och då naturligtvis framför allt pyosalpinx — är en lifsfarlig sjukdom eller ej. Frågan uppdelas i allmänhet i två, därvid hänsyn tages till det ætiologiska momentet. Att den septiska salpingiten kan ge en allmän septisk peritonit med dödlig utgång, torde ej kunna förnekas, äfven om här uteslutas de salpingiter, som äro ett led i en puerperal sepsis[1]). Om detta äfven kan sägas om den rent gonorriska, har länge varit omstridt, men torde väl nu i enlighet med Bumm, Krönig m. fl. tämligen undantagslöst kunna besvaras med nej.

Stor betydelse för den behandlande läkaren har dock ej detta teoretiskt fullt berättigade särskiljande, ty differentialdiagnosen är svår, ofta omöjlig att ställa. Kliniskt finns inga tecken, genom hvilka man kan med någorlunda säkerhet skilja en gonorrhoisk från en septisk pyosalpinx. Äfven om man kan i cervixsekretet påvisa gonococcer och härigenom göra det sannolikt, att samma bakterie äfven gifvit salpingiten, har man dock ej härmed uteslutit närvaron af äfven septiskt infektionsämne och just i de häftiga, akuta fall, där man framför allt står villrådig inför frågan, om man vågar exspektera, är en blandningsinfektion helt visst mycket vanlig.

En profpunktion kan naturligtvis ge svar på frågan, och dock synes denna metod mycket sällan vara använd. Orsaken torde vara, att den kliniska erfarenheten har visat, att pyosalpinx i allmänhet — och således äfven af septisk natur —

---

[1]) Denna form tages i det följande ej hänsyn till.

mycket sällan är lifsfarlig. Från Amanns, Zweifels och Chrobaks kliniker, hvarifrån stora statistiker af konservativt behandlade fall föreligga, finnes ej omtaladt något dödsfall. På Sabbatsberg ha vi under de ifrågavarande åren bland ej opererade patienter med inflammatoriska adnexsjukdomar (tbc. undantagna) haft ett dödsfall.[1]

Om man sålunda ej kan påstå, att en pyosalpinx ej kan vara en lifsfarlig sjukdom, visar dock den kliniska erfarenheten, att detta så högst undantagsvis är fallet, att denna synpunkt ej som t. ex. vid appendiciten kan spela någon större roll vid afgörandet af frågan: operation eller ej.

För bedömandet af frågan, hvad man genom en rent exspektativ behandling kan vinna, finnes som sagdt i litteraturen ett tämligen magert material.

Den undersökning som härmed framlägges för att bidraga till frågans belysning omfattar åren 1900—1905, under hvilka intagits på kliniken 456 kvinnor, af hvilka 373 behandlats utan operation.

Den exspektativa behandlingen vid vår klinik är rent symptomatisk. Den viktigaste faktorn är utan tvifvel sängläget. Några bestämda regler för hur länge vi fortsätta härmed kunna ej ges; det beror naturligtvis på fallets karaktär, förnämligast på febern och resistenserna. Sällan kan man invänta dessa senares fullständiga försvinnande, utan måste nöja sig med, att de äro i oafbruten minskning eller ibland med det stadium, då tryckömheten är obetydlig och resistensens form och konsistens nått en viss konstans, under hvilken förminskningen tillsvidare ej synes vilja gå. Febern har vanligen långt dessförinnan försvunnit; i hvarje fall släppa vi ogärna upp patienten förr än efter c. 2 veckors feberfrihet. — Under akuta stadiet, då smärtorna äro starka, begagna vi isblåsa, senare v. v o. — Så fort smärtorna gifvit sig, ett par gångar dagligen sköljningar. — Med lavamang och laxantia sörjes för en daglig afföring.

Behandlingstiden är i de flesta fall tämligen, för ej så få synnerligen långvarig. Af våra exspektativt behandlade patienter ha $^2/_5$ legat inne på kliniken i högst 30 dagar, $^1/_5$ i 30 till 40 och $^1/_5$ i 40—60 dagar, $^1/_5$ har måst ligga mer än 60 dagar och däraf:

[1] En 39-årig kvinna, som 5 år förut hade behandlats på kliniken för salpingit, intogs med häftiga smärtor och dubbelsidiga stora resistenser. I 6 veckor hade hon feber mellan 38 och 39 grader, men företedde inga oroande symtom, tills hon fick lungsäcksempyem och dog på 2 dagar. Vid sektionen hade hon till bäckenet begränsade varhärdar + ensidigt empyema pleur.

11	60—69	dagar	6	90— 99	dagar	1	227	dagar
12	70—79	»	10	100—120	»	1	330	»
13	80—89	»	6	150—200	»			

Ett tämligen afsevärdt antal kvinnor ha sålunda fängslats till sjukbädden under månader, en erfarenhet, som bestyrkes från Chrobaks och Amanns kliniker.

Det primära resultatet är hvad angår de subjektiva symptomen synnerligen godt; smärtorna, som nästan alltid äro hufvudsymtomet, försvinna i regel efter några dagar och det är endast undantagsvis, som vi utskrifvit en patient, hvilken ej varit fullt symtomfri.

Mycket sällan är det däremot, att patienterna vid utskrifvandet äro objektivt d. v. s. för palpationen återställda. Endast 59 af 294, om hvilka i journalerna tillräckligt noggranna anteckningar finnas, d. v s. 20 %, utskrefvos utan resistenser och 235, d. v. s. 80 %, med sådana. Detta torde dock knappast ha så mycket att betyda. Anatomiskt läkta äro kvinnor med i flertalet fall ännu ömma resistenser själffallet icke och man skulle därför vara böjd att anse det tämligen betänkligt att skrifva ut dem, i synnerhet när de som så ofta måste gå direkt i tungt arbete. Erfarenheten synes dock ej bekräfta denna farhåga. Att läkningsprocessen kan störas af ett för tidigt afbrott i de för läkningen gynnsamma betingelserna, ligger i sakens egen natur och de recidiv och ånyo uppträdande symtom, som i ett antal fall inställa sig, äro sannolikt ofta ett uttryck härför. Det faktum, att det ojämförligt största flertalet ej vidare ha några symtom och de allra flesta vid en undersökning några år senare ej heller några resistenser, synes dock snarare tala för, att dessa vid utskrifningen oftast äro att tolka som ännu ej återbildade rester af en aflupen inflammatorisk process än som en för tillfället slumrande men ej häfd process. Hur ofta kvarstår ej en infiltration vid t. ex. en karbunkel långa tider efter sedan inflammationsprocessen faktiskt är död?

Af större betydelse än de primära resultaten för uppfattningen af behandlingens egentliga värde äro dock de bestående.

Om dessa har jag försökt skaffa mig en uppfattning, dels genom att undersöka hur vanliga recidiv äro, dels genom att uppsöka patienterna några år efter behandlingen och taga reda på deras hälsotillstånd.

Af de 334 under åren 1900—1904 å Sabbatsberg intagna och konservativt behandlade salpingo-oophoritpatienterna ha 36 d. v. s. 10,8 % senare intagits för recidiv på

Sabbatsbergs eller Serafimerlasarettets gynekol. kliniker. (Af dem ha 27 haft 1, 7 haft 2 och 2 haft 3 recidiv.) Af dessa 36 ha 26 efter något af sina recidiv låtit operera sig. Af de under dessa år intagna ha sålunda 7,8 % senare gått till operation. Dessa tal äro emellertid för låga, då det ifrågavarande materialet är mycket ostadigt vis à vis bostad och därför ganska säkert några genomgått recidiv eller operation sedan de lämnat Stockholm. Dessutom kunna ju en del ha vårdats i hemmen.

Af dem, som vårdats å kliniken under åren 1901—1904, har jag — de nyss nämnda recidiverande ej inberäknade — lyckats återfinna endast 67.

Vid den undersökning jag därvid gjort, har jag först och främst fäst mig vid patienternas arbetsduglighet och subjektiva befinnande, i mindre grad vid genitalorganens objektiva, genom palpationen konstaterade tillstånd; dessutom vid event. inträffade conceptioner.

I förstnämnda afseende har jag indelat materialet i 3 grupper:

A = arbetsdugliga utan eller nästan utan obehag,
B = arbetsdugliga med påtagliga obehag,
C = ej arbetsdugliga.

På detta sätt fördelade höra af de 67 patienterna till A: 42 = 63 %, till B: 18 = 27 % och till C: 7 = 10 %.

Jämför man dessa resultat med i litteraturen befintliga, finner man, att Krönig af 38 har 32 fullt arbetsdugliga d. v. s. 84 %. Att märka är emellertid, att han synes ha haft vida lättare fall i sitt material, i det att en hel del blott varit polikliniskt behandlade och de öfrigas behandlingstid i genomsnitt endast varit 14 dagar.

Intressant är att se Pehams och Keitlers resultat. Af deras 126 återfunna patienter hade 10 sedan låtit operera sig, af de öfriga voro 63 % »ganz beschwerdenfrei», 30 % hade »mässige» och 7 % »starke Beschwerden». En fullständigare öfverensstämmelse än mellan dessa och våra resultat kan man svårligen önska sig!

Könsorganens objektiva tillstånd har jag endast kunnat konstatera på de 40, som personligen inställde sig till undersökning. Äfven här delar jag materielet i 3 grupper:

A = patienter utan några förändringar.
B = patienter med endast sådana förändringar, som uppfattats som utläkta (t. ex. fixerade deviationslägen).
C = patienter med resistenser.

Af de 40 tillhörde: grupp A 19 = 47,5 %, grupp B 13 = 32,5 % och grupp C 8 = 20 %.

Vid en jämförelse mellan det subjektiva befinnandet och det objektiva tillståndet framgår af nedanstående tabell, att dessa ingalunda täcka hvarandra.

Objekt. A = 19 pat.	Objekt. B. = 13 pat.	Objekt. C = 8 pat.
Af dessa tillhörde:	Af dessa tillhörde:	Af dessa tillhörde:
Subjekt. A = 14	Subjekt. A = 7	Subjekt. A = 4
» B = 4	» B = 5	» B = 1
» C = 1	» C = 1	» C = 3

Af efter operationen inträdda conceptioner ha vi i de 67 fallen haft dylika blott i 4 fall d. v. s. i 6 % (40 voro gifta och flertalet af de ogifta voro ej o-paræ). Två ha fått lefvande fullgångna barn, 1 aborterade i tredje mån. och 1 var vid undersökningen gravid. Af dessa hade 2 genomgått svåra dubbelsidiga salpingo-oophoriter, 2 tämligen lätta.

Jämför man dessa tal med Krönigs och Pehams och Keitlers, finner man att den förra ingen gång funnit conception, den senare ej mindre än 20 gånger.

För att besvara frågan, huru ofta man kan hoppas på, att conceptionsmöjligheten finnes i behåll efter en salpingo-oophorit, äro dessa tal alltför små. Att genitalfunktionen i detta afseende ofta är förstörd, torde vara en allmän erfarenhet, som vinner i sannolikhet af de ofvan anförda siffrorna. Att läkningen dock kan — äfven efter svårare former — bli så fullständig, att conception kan äga rum, framgår emellertid otvifvelaktigt.

Sammanfattar man det ofvan anförda skulle alltså framgå.

Exspektationen medför så sällan en lifsfara, att denna knappt kan anses spela större roll vid ställandet af operationsindikationerna.

De primära resultaten af den exspektativa behandlingen måste i allmänhet betecknas som goda, men kräfva i ett ganska stort antal fall en mycket lång tid.

Af de på så sätt behandlade få c. 11 % så svåra recidiv, att de åter måste intagas på sjukhus, och c. 8 % låta senare operera sig.

Af de öfriga beteckna sig vid en 2—5 år senare företagen undersökning 63 % som fullt friska, 27 % som ej fullt friska och 10 % som alls ej friska och 20 % ha resistenser.

Conceptionsmöjligheten efter en genomgången sal-

pingo-oophorit kan ännu ej i tal uttryckas; möjligheten är dock ej utesluten ens efter verkligt svåra former.

Till sist måste dock här framhållas, att det material, som legat till grund för denna undersökning, utgjorts endast af sjukhusmaterial och att således det resultat som vunnits ej utan vidare äro betecknande för sjukdomen salpingo-oophorit, utan blott för de relativt svårare former af densamma, som bli föremål för sjukhusvård.

— —

Vårt operationsmaterial omfattar de under åren 1900—1905 å Sabbatsberg utförde operationerna för salpingo- oophorit. De äro 83 och äro fördelade på de olika åren på följande sätt:

1900 — 13	1902 — 14	1904 — 15
1901 — 9	1903 — 14	1905 — 18

I 17 fall har emellertid operationen blifvit utförd under en oriktig diagnos. Jag anser mig dock böra upptaga äfven dessa fall i min redogörelse, då de symptom, som förorsakat oparationen, direkt voro framkallade af salpingo-oophriten, ehuru de ej blifvit på så sätt uppfattade, men jag framhåller, att de indikationer, som i dessa fall varit de bestämmande, naturligtvis ej få anses karakteristiska för vår klinik med afseende på behandlingen af de inflammatoriska adnexsjukdomarne. Tvärtom skulle många af dessa patienter icke ha blifvit opererade, åtminstone ej vid den tidpunkt af sjukdommen som nu blef fallet, om man ej kommit till en oriktig diagnos.

I dessa fall sattes 12 gånger diagnosen tubargraviditet, vanligen med hämatocelebildning (8 gånger fanns i stället pyosalpinx eller pyoovarium och 4 gånger hydrosalpinx), 4 gånger var diagnosen ovarialtumör (3 gånger pyosalpinx och 1 gång hydrosalpinx) och 1 gång trodde man sig ha ett myom, men fann med uterus intimt förenade, hårda, kroniskt inflammerade tubor.

I 3 fall var salpingo-oophriten visserligen diagnosticerad, men hade ej nödvändigt måst opereras, om ej äfven andra orsaker till en operation funnits, i ett fall prolaps, i ett myom och i ett diagnosticerad cancer (ett sannolikt orätt bedömdt uterusskrap, ty efter exstirpationen fanns ingen cancer).

I de återstående 63 fallen var salpingo-oophoriten den målmedvetna och enda orsaken till operationen. Det är således af dessa fall, som klinikens indikationsställning vid denna sjukdom framgår.

Af dessa ha 43 opererats på grund af recidiverande salpingo-oophorit, 19 ha haft ett recidiv, 17 två, 3 tre, 1 fyra, 1 fem och 2 »flera». I flertalet fall ha mellantiderna varit för pat. ganska svåra med smärtor och oregelbundna blödningar, i ej så få fall ända därhän, att kvinnorna fullständigt varit invalider.

I 16 fall har sjukdomen ej tagit sig uttryck i särskilda typiska anfall, utan på arbetsdugligheten väsentligt inkräktande symptom, som varit mer permanenta, i ej mindre än 13 fall räckande mer än ett år och i flera ända till 7 à 8 år.

I dessa 59 fall har operationen föregåtts af en längre tids exspektation å kliniken eller i hemmet och ägt rum först sedan patienten varit feberfri som regel minst 3 veckor.

Två gånger har operation företagits vid första anfallet, oaktadt symptomen ej varit långvariga, men i bägge fallen först sedan de akuta symptomen gått tillbaka. En gång efter 5 veckor på grund af mycket svåra smärtor och en gång efter 25 dagar på grund af ej stillbara blödningar, af hvilka pat. blef allt mer anämisk.

I två fall slutligen ha vi opererat på vitalindikationer under det akuta stadiet. Det ena fallet uppfattades vid inkomsten som en uter. retroflex. gravid., hvarför man sökte reponera i narkos, hvarvid resistensen sprack under händerna. Då pat. 12 timmar senare hade symptom af diffus peritonit opererades hon. Det andra fallet inkom med akut gonorrhé, allmäna peritonitis-symptom och ileus med fäkala kräkningar. I bägge fallen fanns pyosalpinx och diffus varig peritonit och bägge gingo till hälsa.

De operationer som utförts äro:

2 gånger totalexstirpation af uterus och adnexen (en gång samtidigt myom och en gång misstänkt cancer).

14 gånger salpingo-oophorektomia bilat.

44 gånger salpingektomia bilat., med kvarlämnande 28 gånger af ett ovarium, 8 gånger af bägge och 8 gånger af delar af ovarierna.

21 gånger salpingo-oophorektomia unilat., hvarvid i 5 fall de kvarlämnade adnexen voro patologiskt förändrade och man därför måste utföra en salpingostomie eller en lösning af adhærenser.

1 gång har gjorts salpingostomia bilat.

1 gång blott dubbelsidig adhærenslösning.

Af våra opererade ha vi förlorat 2, bägge i omedelbar anslutning till operationen, alltså en *mortalitet* af *2,4 %*.

Det ena fallet opererades under diagnosen tubargravid. med hämatocele; man fann dubbelsidig pyosalpinx, som exstirperades. Pat. dränerades och allt gick utmärkt (ej öfver 38 grader), tills pat. på 4:de dagen fick emboli i lungarteren och dog på några min.

Det andra fallet hade förut vårdats å sjukhuset för ptisis incipiens(?), intogs nu med mycket fasta resistenser och hade på ena lungspetsen små, misstänkta förändringar; inga tbc. påvisbara. Hon opererades efter 83 dagars exspektativ behandling under sannolikhetsdiagnosen salpingitis tbc. Operationen var synnerligen svår på grund af starka adhærenser. Tuborna visade intet spår af tbc. På tredje dagen afled pat. i peritonitis diffusa. Obduktion förvägrades.

Behandlingstiden efter operationen har i genomsnitt varit den på kliniken för laparatomi vanliga, d. v. s. 3 veckors sängläge eller i allt 4 veckor. I 64 fall utskrefvos pat. efter högst denna tid. De öfriga ha behandlats:

40—49 dag.	4 pat.	60—69 dag.	3 pat.
50—59 »	5 »	mer än 70 »	4 »

De olika modifikationerna i operationsmetoden ha ej utöfvat något inflytande på efterbehandlingens längd och ej heller sjukdomens olika karaktär, i annat fall än där dränage blifvit använd, hvilken skett i 9 fall. Hvilka principer vi därvid följt går jag ej närmare in på, utan hänvisar till Westermarks uppsats härom i Hygiea af år 1905.

De pat., som måst ligga längre tid inne på kliniken, ha alla antingen varit dränerade eller haft särskilda komplikationer.

Af dessa sistnämnda ha vi 3 gånger haft bukväggsabcesser, 4 gånger intraperitoneala abcesser i lilla bäckenet, hvilka måst öppnas och dräneras 3 gånger genom ny laparatomi och 1 gång per vaginam, en gång trombophlebit. i cruralvenen.

Hvad de primära resultaten angå, ha de så till vida varit mycket goda, att alla pat. kunnat utskrifvas fullt symptomfria. Om bäckenorganens tillstånd vid utskrifningen kunna vi däremot ej lämna några bestämda uppgifter, emedan våra journaler dessvärre ej alltid innehålla ett status med palpation af bäckenet vid pat:s utskrifning. Får man döma af de två år, då dylika uppgifter regelbundet förekomma, skulle ungefär $^1/_5$ vid utgåendet ha små, i allmänhet oömma resistenser vid sidan af uterus.

Om de bestående resultaten har jag sökt skaffa mig en uppfattning genom att uppsöka så många af de opererade, som det varit mig möjligt. Af 83 har jag endast återfunnit 55.

Äfven här har jag fäst det största afseendet vid pat:s subjektiva befinnande, framförallt vid deras arbetsduglighet, och har här som vid efterundersökningen af de ej opererade indelat materialet i tre grupper:

A = arbetsdugliga pat., som ej ha smärtor.

B = arbetsdugliga patienter, som ha störande obehag, framförallt smärtor.
C = äfven efter operationen arbetsodugliga pat.

På detta sätt fördelade visar det sig att 47 = 85,4 % tillhöra A, 4 = 7,3 % B och 4 = 7,3 % C.

En annan viktig faktor för bedömandet af de bestående resultaten är regleringarnes karaktär efter operationen, i synnerhet när man som vid vår klinik lägger vikt på att behålla dem.

Af de 46, som opererats på ett sådant sätt, att de skulle ha sina regleringar i behåll och som jag återfunnit, ha 32 haft normala, ej smärtsamma regleringar (någon oregelbundenhet har ej ansetts vara af betydelse); 7 ha haft något smärtsamma, men f. ö. normala regleringar; 1 har haft mycket smärtsamma; endast 3 ha ej haft reglering alls, men af dem voro 2 öfver 40 år, och hos 2 har en för tidig menopaus inträdt; om 1 saknar jag dylika uppgifter.

Bland de efterundersökta voro 7 opererade med dubbelsidig salpingo-oophorektomie och skulle följaktligen ej haft några regleringar. Af dem ha 5 ej heller haft någon blödning efter operationen; 1 har haft fullt regelbundna menses några mån. och så inga; 1 har hela tiden haft regelbundna regler.

Bland dem, som opererats så, att konceptionsmöjligheten kunde vara i behåll, ha vi 2 gånger sett positivt resultat, en gång efter en ensidig exstirpation och en gång efter blott dubbelsidig adhærenslösning.

Af de 55 har jag fått palpera blott 47.

Resultaten har jag fortfarande indelat i 3 grupper:

A — pat. utan förändringar.
B — pat. med blott utläkta förändringar (ärr).
C — pat. med resistenser.

På detta sätt fördelade tillhöra 28 = 59,5 % A, 12 = 25,5 % B, och 7 = 15 % C.

Undersöker man förhållandet emellan de objektivt konstaterade förändringarne och det subjektiva befinnandet, framgår det af nedanstående tabell:

Objekt. A = 28 pat.	Objekt. B = 12 pat.	Objekt. C = 7 pat.
Af dem tillhöra:	Af dem tillhöra:	Af dem tillhöra:
Subjekt. A = 27 pat.	Subjekt. A = 8 pat.	Subjekt. A = 4 pat.
» B = 1 »	B = 2 »	» B = 1 »
	» C = 2 »	» C = 2 »

Öfverensstämmelsen mellan det subjektiva befinnandet och de objektivt funna undersökningsresultaten är sålunda ej stor och en pat. kan tydligen gå med stora resistenser, men vara fullt frisk.

Alla de hittills anförda resultaten gäller hela vårt material, svåra som lätta fall. Vi ha emellertid ej så alldeles få pat., där symptomen ej bestått mer än en mycket kort tid ock aldrig igenkänts som härrörande från en salpingo-oophoritis. Om dessa pat. efter en operation ej ha symptom, behöfver det naturligtvis ej bevisa något om metodens duglighet. Jag har därför tagit ut våra svåraste fall, dem där pat. haft minst 2 anfall före det, som ledde till operation, och dem, där svåra symptom utan egentliga typiska anfall räckt i minst, 2 år. Af sådana pat. har jag återfunnit 21 och meddelar här i tabellform resultaten af efterundersökningen:

Subjekt. A = 15 pat.	Subjekt. B = 4 pat.	Subjekt. C = 2 pat.
Af dem tillhöra:	Af dem tillhöra:	Af dem tillhöra:
Objekt. A = 12 pat.	Objekt. A = 2 pat.	Objekt. B = 1 pat.
» B = 2 »	» B = 1 »	» C = 1 »
» C = 1 »	» C = 1 »	

Resultaten äro sålunda, hvilket ju var att vänta, underlägsna dem, som erhållits af hela materialet, i det att af dessa pat. endast 71,3 % voro fullt arbetsdugliga, 19 % visserligen arbetsdugliga, men med besvärande smärtor och 9,6 % ej arbetsdugliga.

Till sist bör omnämnas, att bland de efterundersökte ha vi 4 gånger iakttagit bukbråck i ärret, 3 gånger hos dränerade patienter och 1 gång efter en per-primanläkning.

Om man efter denna öfverblick af våra operationsresultat går till litteraturen för att jämföra dem med andras, tar jag blott hänsyn till de bägge utan all fråga mest använda metoderna, den vaginala totalexstirpationen och adnexexstirpationen per laparotomiam.

Striden har nämligen så småningom kommit att utveckla sig därhän, att de, som principiellt alltid göra totalexstirpation, i allmänhet utföra operationen per vaginam, emedan denna metod af flertalet operatörer anses vara laparotomien åtminstone något öfverlägsen med hänsyn särskildt till mortaliteten. De åter, som i likhet med oss ej vilja som normalmetod göra totalexstirpation, begagna sig nästan alltid af laparotomien, då vaginalsnittet ej ger samma öfverblick af operationsfältet, i synnerhet ej när adhærenserna, som nästan alltid i dessa fall,

äro starka. För att kunna bilda sig en mening om, hur man bäst skall utföra operationen, måste man alltså söka skaffa sig en uppfattning, dels om man får olika resultat i och för sig genom ett mer konservativt och ett mer radikalt borttagande af genitalorganen, dels om man verkligen utsätter pat. för en nämnvärdt olika risk genom att välja den ena eller andra metoden för operationens utförande.

En jämförelse är emellertid ingalunda lätt, emedan olika operatörers resultat af flera gånger framhållna skäl ofta äro föga direkt jämförbara. I all synnerhet gäller detta om mortaliteten, hvilken i hög grad är beroende på indikationsställningen. Att söka samla statistiker från olika kliniker för att härigenom få ett slags medelvärde för dödligheten, synes mig därför vara till föga gagn. Jag har i stället uttagit de bästa resultat jag funnit i litteraturen för de olika metoderna och anför dem här som ett exempel på, hvad mortalitet framstående operatörer med den ena eller andra metoden lyckats erhålla.

Adnexexstirp. p. laparot.						*Totalexstirp. p. vaginam.*					
Zweifel ...	på	71	fall	1,4	%	Péan	på	150	fall	0,7	%
Pozzi	»	208	»	2,4	»	Leopold ...	»	57	»	1,7	»
Westermark	»	83	»	2,4	»	Jacobs ...	»	149	»	2	»
Salin	»	54	»	3,7	»	Bröse	»	45	»	2,2	»
Chrobak ...	»	106	»	3,7	»	Schauta ...	»	220	»	2,6	»
Olshausen...	»	142	»	4,2	»	Landau ...	»	200	»	4	»

Jämför man dessa bägge serier, måste man medge, att totalexstirpationen ställer sig något fördelaktigare, men om man betänker, hur procenten ändras af blott ett enda dödsfall vid så små tal och hvad roll tillfälligheterna alltid spela i en operationsstatistik, torde skillnaden bli ganska ringa. Än mindre eller t. o. m. alldeles upphäfd blir den, om man med hvarandra jämför resultaten af endast i icke akuta stadier opererade fall.

Adnexexstirp. p. laparot.						*Totalexstirp. p. vaginam.*					
Pozzi	på	126	fall	0	%	Segond......	på	51	fall	0	%
Zweifel ...	»	71	»	1,4	»	Leopold ...	»	57	»	1,7	»
Westermark	»	61	»	1,6	»	Jacobs......	»	49	»	2	»

Mig synes häraf framgå att vaginaloperatörernas påstående, att deras metod ger en mycket lägre mortalitet, ej är berättigad, åtminstone ifall man söker undvika akuta fall.

De primära resultaten, om man frånser den redan af-

handlade mortaliteten, spela endast i några afseenden en roll i diskussionen, om hvilken operationsmetod lämpligen bör användas.

Så framhålles från vaginaloperatörernas sida, att efterbehandlingen skulle vara kortare och att komplikationer till läkningen skulle vara ovanligare vid de vaginala operationerna än vid de abdominella.

Hvad behandlingstiden efter operationen angår, torde det knappt vara tvifvel underkastadt, att pat. i allmänhet hållas något längre i säng efter en laparotomi än efter ett vaginalt ingrepp. Här råda emellertid så olika meningar eller kanske snarare vanor äfven bland operatörer, som använda samma metod, att någon exakt jämförelse svårligen kan komma ifråga. Och dessutom kan skillnaden knappt belöpa sig till mer än en vecka och den tidsvinsten spelar naturligtvis ingen roll.

Af vida större betydelse äro däremot komplicerande abscessbildningar, hvilka förutom att de vålla tidsutdräkt kunna tänkas äfventyra själfva resultaten.

Bukväggsabscesser, hvilka självfallet ej förekomma vid vaginala ingrepp, förekomma onekligen i de flesta laparotomistatistiker, oftare desto mer akuta fall, som opereras. Vi ha t. ex. haft dylika i 3,6 % af våra fall, Schauta i sin laparotomistatistik i c. 7 %. De uppkomma helt säkert genom att infektionsämne vid operationen besudlar buksårets kanter och de äro vanligen lokaliserade till fettlagret, som synes vara mindre motståndskraftigt mot infektioner. Just genom denna sin lokalisation ha de emellertid ej så mycket att betyda; sträcka de sig åter under aponeurosen, kunna de vara ett prädisponerande moment för bukbråck.

Intraperitoneala abscesser i lilla bäckenet förekomma äfven vanligare efter laparotomierna än efter vaginalexstirpationerna, där afloppet är fritt nedåt. Det är gifvet, att äfven om man anser sig ha exspekterat så länge, att infektionsämnet förlorat sin virulens, kan man misstaga sig härpå och kan då, särskildt om ett skadadt peritoneum besudlas med varet, lätt få en abscessbildning. Här torde man emellertid knappt kunna utesluta, att kvarlämnandet af ovarier eller delar däraf just i dylika fall, där infektionens virulens är högre än man af de klin. symptomen väntat, kan ge en ytterligare anledning till uppkomsten af sådana abscesser, äfven om de kunna uppkomma i andra fall. I våra 4 fall af bäckenabscess hade vi 2 gånger kvarlämnat ovarialdelar, 1 gång den ena sidans adnex och 1 gång blott uterus.

Det synes mig f. ö. mycket sannolikt, att vi genom

att från början ha användt dränage vid dessa fall skulle ha kunnat undvika abscesserna.

De äro naturligtvis alltid obehagliga och förlänga läkningsförloppet, i några fall t. o. m. högst betydligt. Däremot behöfva de ej ha något menligt inflytande på slutresultatet. Af våra 4 fall voro 3 fullt bra vid efterundersökningen och ett af dem hade t. o. m. födt barn. I ett fall åter hade vi ej uppnått ens någon förbättring.

De exudatbildningar, som spelat den största rollen som argument mot adnexexstirpationen äro emellertid de s. k. stumpexudaten, så kallade emedan de bildas vid sidan af uterus kring de exstirperade adnexens stumpar. De uppträda senare än sist omtalade exsudat, i andra, tredje veckan eller ännu senare, och anses allmänt bero på en invasion af coccer från den infekterade uterus med bildandet af ett inflammatoriskt exudat, hvilket ofta tillintetgör resultatet af adnexoperationen.

Vår erfarenhet ger intet stöd för denna mening. Väl ha vi i rätt många fall utskrifvit pat. med resistenser på en eller bägge sidor om uterus, men dessa resistenser ha som regel varit små, oömma infiltrat, som vi tolkat som blodinfiltrationer vid operationsstället. Och våra efterundersökningar ha ej gett oss anledning att ändra denna vår mening. Af alla dem, som utskrifvits med resistenser och vi sedan återfunnit, har blott en vid efterundersökningen befunnits ha resistens. Af dem, som ej betecknat sig som fullt friska, är det blott en, samma fall, som haft resistens och af dem slutligen, som haft resistenser vid efterundersökningen, är det äfven blott en, åter samma fall, som klagat öfver subjektiva besvär.

Således endast i ett fall ha vi haft objektiva och subjektiva symptom, som stämma med dem af ett stumpexudat framkallade. Sannolikt torde våra i detta afseende synnerligen goda resultat bero på den exspektation vi låta föregå det operativa ingreppet.

Komplikationer, som å andra sidan äro vida vanligare vid vaginaloperationerna, där de förekomma i nästan alla statistiker, äro läsioner på tarm och urinorgan. Landau har på 200 fall 4 gånger fått rectovaginalfistel och 1 gång tunntarmfistel, Segond har »några gånger» fått vesico-vaginalfistel och 2 gånger tarmperforation, Schauta på 220 fall 3 gånger ureterfistel och 3 gånger tarmfistel, Richelot har 2 gånger läderat rectum, 1 gång blåsan och 1 gång ureteren.

I en del fall ha visserligen dessa fistlar slutit sig spontant, men i ej så få fall ha de förorsakat en ny operation och under alla omständigheter måste dessa komplikationer anses minst lika allvarliga som dem, hvilka vid laparotomierna äro

vanligare, och något skäl att på grund af komplikationerna föredraga den ene eller den andra medtoden kan jag ej anse förefinnas.

Af ojämförligt större betydelse vore naturligtvis eventuellt förefintliga skillnader i de bestående resultaten emellan de olika metoderna. Dessa ha därför också utgjort kärnpunkten i den i litteraturen förda diskussionen och därvid är det — som mig synes med full rätt — nästan uteslutande de subjektiva resultaten, till hvilka hänsyn tagits.

Äfven här söker jag ej åstadkomma någon slags jättestatistik för de olika metoderna genom att samla en massa mindre statistiker och därur draga ett medelvärde — något som jag anser alldeles lönlöst — utan jag anför åter blott exempel på, hvad man på de olika vägarna lyckats uppnå i fråga om bestående läkningar. Härvid måste man dock från början fasthålla, att dessa resultat äro subjektiva ej blott hvad pat:s befinnande, utan äfven hvad undersökarens bedömande angår, och att en skillnad i några procent således icke kan tillmätas särdeles stor betydelse.

De bästa resultat jag funnit i litteraturen äro följande:

Adnexexstirpation p. laparot.

Terrier och Hartmann	42	fall	med	93	%	fullt	friska.
Westermark	55	»	»	85,4	»	»	»
Czempin	54	»	»	83,3	»	»	»

Totalexstirpation p. vaginam.

Bröse	45	fall	med	96,5	%	fullt	friska.
Landau	83	»	»	93	»	»	»
Schauta	145	»	»	86,8	»	»	»
Jacobs	122	»	»	84	»	»	»

En jämförelse mellan dessa bägge serier torde ej kunna sägas framvisa någon tydlig skillnad beträffande sjukdomssymptomens öfvervinnande. Här är emellertid att märka, att vaginalstatistikerna upptagit som fullt friska en hel del kvinnor med ett förtidigt klimakteriums besvär. Landau t. ex. uppger 93 % fullständigt friska, men meddelar samtidigt, att af hans fall ha 20,5 % svåra och 50,6 % obetydliga dylika besvär. Detta är dock omständigheter, som äro af en stor betydelse, när frågan gäller den ena metodens förmenta öfverlägsenhet öfver den andra.

Till sist bör äfven omnämnas, att man påstått, att laparotomioperationernas slutresultat skulle i hög grad grumlas af bukbräck i ärret, och man har anfört siffror så höga som

15 %. Att detta är en kolossal öfverdrift torde knappast behöfva påpekas. Å andra sidan kan det ej förnekas, att denna komplikation af och till förekommer, särskildt efter dränager. Vi ha haft 4 fall, 3 efter dränage och 1 efter per primamläkning, och opererat 2; de öfriga vägrade att låta operera sig, emedan de ej hade några obehag af sina bråck.

Själffallet är detta en nackdel för metoden, men ju mer man genom tillräcklig exspektation inskränker på dränagen, desto sällsyntare torde bukbråcken bli.

Af den nu gjorda jämförelsen synes mig framgå, att man, åtminstone om man företar sitt ingrepp först efter en längre tids feberfrihet, icke utsätter patienten för större risk och ej heller för allvarligare komplikationer af läkningsförloppet genom en laparotomi än genom en vaginaloperation, samt att man under nyssnämnda betingelse kan med samma utsikt till framgång bekämpa sjukdomssymptomen genom en adnexoperation, äfven om delar af adnexen kvarlämnas, som genom en totalexstirpation.

Att kvarlämna ena sidans adnex för att kvinnan i framtiden möjligen skall kunna föda är ett förfarande, som af Schauta och många med honom skarpt fördömes såsom lämnande usla resultat (c:a 20 % bestående läkningar!). Vår erfarenhet, likasom för öfrigt de flestes, är på detta område liten, då sjukdomen utan tvifvel som regel är dubbelsidig, men den talar emot, att detta ingrepp skulle ha så dålig prognos beträffande det bestående resultatet, när den kvarlämnade sidans adnex verkligen ej förete några förändringar. Af 8 efterundersökta äro alla 8 fullt friska. I några fall åter, där detta ej varit förhållandet, utan där tuban varit tillödd eller adhærent och vi ändock sökt rädda funktionen genom ett utföra en salpingostomi eller en adhærenslösning har resultatet varit synnerligen dåligt, i det att af 5 pat. vid efterundersökningen 3 ej ens voro förbättrade. Härmed alldelesöfverensstämmande erfarenheter meddelar Henkel från Olshausens klinik.

Det är naturligtvis alldeles omöjligt att yttra sig om, hur ofta conceptionsmöjligheten kan tänkas räddad genom detta förfarande, men skulle vår erfarenhet, att själfva operationsresultatet hvad angår sjukdomssymptomen i därtill ägnade fall icke äfventyrades, blifva besannadt, måste man anse det fullt berättigadt att kvarlämna ena sidans adnex i de fall, där de förefalla fullt friska, men ej om de redan förete sjukliga förändringar.

Äfven kvarlämnandet af ovarier eller ovarialväfnad möter från flera håll ett häftigt motstånd. Bröse t. ex. anser att man

hellre skall alldeles låta bli att operera än att begå en dylik synd. Äfven operatörer, t. ex. Krönig, som förordar ett dylikt tillvägagående hos unga kvinnor, göra det under framhållande af, att resultaten beträffande sjukdomssymptomens försvinnande otvifvelaktigt lida däraf, och att det således är en slags nödfallsåtgärd, företagen uteslutande därför, att de anse det förtidiga klimakteriet medföra så svåra obehag.

Vår erfarenhet stämmer ej härmed. Vi få resultat, hvad angår arbetsduglighet och fribet från de gamla symptomen, som äro jämförliga med de bästa totalexstirpatörers, och lämna följaktligen principiellt ovarialväfnad kvar, där det är tekniskt utförbart, ty hvad åsikt man än må ha om betydelsen och arten af dessa klimakteriska besvär, kan det väl svårligen förnekas, att deras undvikande genom regleringarnas behållande är en fördel, om det kan ske utan skada å resultaten för resten.

Där det icke kunnat undvikas ha vi tagit bägge adnexen fullständigt och — det skall medges — sett mycket litet obehag häraf. Vår erfarenhet är emellertid äfven här mycket inskränkt, och då det i alla fall måste anses konstateradt, att den kvarlämnade uterus kan ge upphof till recidiv och ånyo uppträdande smärtor, synes det mig vara en öppen fråga, om man ej gjorde försiktigast i att taga äfven uterus, då man i alla fall ej kan nå målet, regleringarnas bibehållande.

Efter denna öfverblick af operationsmetodernas faror och slutresultat uppställer sig slutligen frågorna, när och i hvilka fall en operation bör företagas.

Vi ha redan från början framhållit, att salpingo-oophoriten mycket sällan är en lifsfarlig sjukdom, och af operationernas mortalitet framgår otvifvelaktigt, att äfven under de gynnsammaste förhållanden ger operationen en högre dödlighet än sjukdomen som sådan. Under dylika förhållanden är det klart, att man endast mycket undantagsvis kommer i belägenhet att operera på vitalindikationer. Däraf följer åter, att man har alla skäl att företaga ingreppet först vid en tidpunkt, då det för pat. innebär den minsta risken, hvilket naturligtvis är under fritid, så mycket mer som detta enligt vår erfarenhet äfven ökar möjligheterna för ett mer konservativt opererande i syfte att rädda så mycket som möjligt af funktionen.

Vi operera därför som regel ej under det akuta stadiet.

Den kliniska erfarenheten lär, att äfven af fall, som måste behandlas på sjukhus, bli flertalet för framtiden fullt friska och endast ett relat. fåtal få recidiv, att af de anatomiska förändringarna vid inkomsten eller utskrifvandet kunna inga säkra

slutsatser dragas angående pat. vidare symptom samt att äfven efter mycket svåra salpingo-oophoriter kan en restitutio ad integrum, åtminstone i funktionell mening, inträda. Under sådana förhållanden anse vi det riktigast att, om symptomen gå tillbaka, som regel behandla första anfallet rent exspektativt.

Svårare eller rent omöjligt är det att exakt framställa de positiva operationsindikationerna, emedan de objektivt konstaterbara förändringarna enligt erfarenheten föga stämma med det subjektiva befinnandet och därför i och för sig ej ge anledning till operation. De subjektiva symptomen åter, som framför allt utgöras af smärtor, spela olika roll för olika pat. beroende såväl på rent individuella och på sociala förhållanden. En ekonomiskt lyckligt situerad kvinna kan naturligtvis i många fall genom att på allt sätt skona sig och lefva hygieniskt fördraga symptom, som för en arbetarehustru skulle göra hennes ofta tunga grofarbete nästan omöjligt. Man måste därför tillmäta dessa sociala indikationer stort spelrum och söka framför allt skjuta fram det för skillda individer så ofantligt olikvärdiga begreppet arbetsduglighet i förgrunden. Hindras pat. af sjukdomen i afsevärd grad att lefva det lif samhället af henne fordrar, måste bli den fråga läkaren skall söka skaffa sig en uppfattning om för att kunna ge ett råd i detta afseende. Själffallet är, att pat. egen önskan under dessa omständigheter måste tagas stor hänsyn till och då faran af sjukdomen som nämndt ej är stor finnes för läkaren sällan anledning att yrka på, utan blott tillråda operation.

Efter dessa allmänna regler skulle våra indikationer bli ungefär följande: gå symptomen af det första anfallet efter en längre tids exspektativ behandling ej tillbaka eller återvända de och inkräkta på pat:s arbetsduglighet eller får pat. ett nytt anfall, tillråda vi pat. att, sedan de akuta symptomen försvunnit, låta operera sig.

Ur Gäfleborgs—Dala Läkare- och Apotekareförenings förhandlingar. Bilaga A. till protokollet den 10 nov. 1906.

Om diabetes mellitus' kirurgiska komplikationer och förhållande till operationer.

Af
E. Landelius.

(Forts. fr. n:r 6).

Åsikterna om risken af operation för diabetici differera högst betydligt. Frågan om operationer å diabetici var föremål för diskussion vid kongressen af tyska naturforskare och

läkare i Karlsbad 1902 inom både sektionen för kirurgi och gynäkologi. Af inledarne inom den förra Kausch (Breslau) och J. Sternberg (Wien) såg den förra i diabetes »stets ein Moment der Kontraindikation», medan den senare höll före, att hvarje som nödvändigt erkändt ingrepp kan utföras. Inom sektionen för gynäkologi ansåg inledaren Füth, att operationen utsatte diabetici för stora faror. Samma åsikt hyllas af Karewski, Phillips m. fl. I motsatt riktning uttala sig andra under påpekande af ej blott, att stora operationer till och med under allmän narkos aflupit lyckligt, utan äfven af fall, där glykosurien försvunnit eller aftagit efter operationen (fall af Imlach, Croom, Beyen, Kleinwächter). Så har Kümmel ej sett dåliga resultat; har ofta opererat mycket nedkomna individer; om man har tid kan man förutskicka antidiabetisk kur. Baldy och Morris anse, att diabetes på intet sätt kontraindicerar operation. »Es ist Aberglaube». Söker man, att ur gjorda sammanställningar af publicerade operationer å diabetici vinna insikt om prognosen, möta betydliga svårigheter på grund af omöjligheten att af tillgängliga upplysningar afgöra diabetes' art och i följd af de växlande kirurgiska åkommorna, ingreppens storlek o. s. v. Phillips har i Lancet 1902 samlat 92 operationer utförda på 83 patienter, hvaraf 23 dödsfall, således 25 % mortalitet å utförda operationer, häraf var dödsorsaken i 11 fall coma, i 7 sepsis (en del operationer stammar från den förantiseptiska tiden), 1 pneumoni, 1 shock, 3 oviss. Füths sammanställning omfattar 14 gynäkologiska operationer med 6 dödsfall i koma, 47 %. Körner har försökt genom sammanställning af resultaten från de senare åren af operation för en ensartad åkomma, mastoidit, vinna upplysning om prognosen. Han har på 33 sådana operationer 4 dödsfall, 12 % mortalitet, alla hörande till den svåra formen med acidos före operationen, hvaraf opererats inalles 9 patienter; 3 dödsfall orsakades af koma, 1 af allmänt kraftförfall. Körners statistik är liten och gäller blott en viss, ganska lindrig operation, så att dess allmänniggörande måste ske med reservation. Man måste i alla fall af diabetes ställa prognosen för operation med viss reservation, ty obehagliga öfverraskningar kunna möta; flera af de fall, som ändat med koma, ha förut varit sockerfria till och med sedan år och haft godt allmäntillstånd; diabetes har i andra ej ens misstänkts eller varit patienten förut bekant. Glykosuriens grad har prognostisk betydelse endast sammanställd med dieten och allmäntillståndet. Acidos har dålig prognostisk betydelse; Körners statistik visar 4 dödsfall af 9, under det att på öfriga 24 utan Gerhardts reaktion ej kom något dödsfall. Men äfven acidos ger ej kontraindikation mot opera-

tion, ty man har sett den försvinna efter operativa ingrepp mot suppurationer.

Af allt framgår vikten att undersöka urinen på socker före hvarje äfven den lindrigaste operation; ja man borde utsträcka undersökningen till alla patienter och skall då finna socker i fall, där man ej väntat det, något som kan influera äfven på invärtes terapeutens handlande. Är glykosuri funnen bör dess mängd och reagerande mot diet samt urinens beskaffenhet i öfrigt noga undersökas, emedan indikationsställandet är till viss mån beroende af resultatet. Obehöfligt är kanske påpeka, att hela den under dygnet låtna urinen bör undersökas; glykosurien kan växla vid olika tider på dygnet, och totalmängden utsöndrad glykos har mera betydelse för fallets bedömande än procenten.

Trots att man i allmänhet är benägen att göra operativt ingripande beroende af diabetikerns konstitutionella tillstånd för tillfället, ges det sjukdomar, som ge absolut indikation för oförtöfvadt ingripande i lifsräddande syfte. Periculum in mora gäller för dessa fall i desto högre grad, därför att det är fråga om diabetici. Hit höra akut ileus af det ena eller andra slaget, inklämda bråck, inre incarcerationer etc., till försämring tenderande suppurationer å inre organ: appendicit, pleura-empyem m. m., svåra blödningar från hämorroider eller svulster, en del traumatiska affektioner etc. De inklämda bråcken tyckas hos diabetici ha särskildt stor benägenhet till hastig gangrän af tarmen, på samma gång som autointoxikationen från tarmen och hämmadt näringsupptagande innebär ökad fara för koma. Repositionsförsök är kontraindiceradt, emedan det innebär för stor fara för tarmen (Karewski). Däremot torde vara oberättigadt att i likhet med Karewski anse befintlig glykosuri vid appendicit göra Frühoperation särskildt trängande af fruktan för diabetes' disponerande till svårartade suppurativa processer. Diabetisk brand, om den är inflammatorisk och hastigt progredient och allmäntillståndet försämrande, kan ge indikation för energiskt ingripande genast, detsamma gäller andra s. k. komplikationer till diabetes, exempelvis karbunkel etc. I dylika fall får ej ens tecken på början de koma afhålla från operation, ty patienter ha räddats, som opererats under sådana förhållanden.

I de fall, som ej kräfva oförtöfvadt ingripande på grund af omedelbar fara för lifvet, är operation indicerad endast under vissa förutsättningar, relativt indicerad. Härvidlag spelar in den kirurgiska åkommans grad af malignitet, det större eller mindre hinder och obehag den orsakar, det operativa ingreppets karaktär och utsikterna däraf i allmänhet, diabetes' egen grad, patientens nutritionstillstånd, eventuelt komplicerande sjukdomar.

Allmänna regler är svårt att uppställa; sträng individualisering är af nöden. Beträffande hvarje särskildt fall bör, sedan diabetes' natur blifvit klargjord genom sorgfällig observation, öfvervägas indikationerna för och emot. Hvarje operation, som är öfverflödig eller kan undgås, bör ej utföras å diabetici.

En del åkommor, som ej innebära eller orsaka egentlig rubbning i personens hälsotillstånd, utan blott jämförelsevis ringa omak och mot hvilka hos eljest friska skulle obetingadt tillrådas operation, anses i allmänhet ej indicera operation, när det gäller diabetici. Här kan nämnas godartade svulster, som ej orsaka hinder i patientens verksamhet eller i organs funktion eller ge smärtor, samt missbildningar med betydelse uteslutande ur estetisk synpunkt. Således kosmetiska operationer bli så godt som bannlysta.

Indikationerna måste vidgas vis à vis åkommor, som visserligen ej innebära egentlig rubbning i hälsotillståndet, men icke förty bringa patienten större besvär såsom smärtor, hinder i arbetet och i rörelser, i andra organs funktion eller kan väntas ge stegrade besvär i framtiden eller kanske farliga komplikationer. Emellertid bör fordras, att diabetes är af lättare slag med lätt häfd glykosuri, godt allmäntillstånd och att komplikationer från andra organ saknas. Karewski formulerar fordran så: »Nur wenn die Form der Grundkrankheit sehr leicht ist, wenn also bei gemischter Kost leicht Toleranz erzeugt werden kann, jede Affektion von seiten des Cirkulationssystems und der Nieren fehlt, erscheint ihre Beseitigung gestattet.» En svulst, låt vara med godartad byggnad, som besvärar genom storlek, smärta eller säte kan indicera operativt aflägsnande. Liknande är förhållandet med bråck; ett bråck, som lätt och utan besvär kan med band hållas reponeradt äfven under arbetet, utesluter operation; kan det åter ej hållas reponeradt eller är irreponibelt, blir förhållandet ett annat, då indicerar det radikaloperation, om det gäller en i sin förvärfsförmåga härigenom hindrad kroppsarbetare, men hos icke-kroppsarbetare, som är mindre besvärad af äfven ett sådant bråck, består ej indikation.

Stora prolapser hos kvinnor indicera operation, om eljest patientens konstitutionella tillstånd medgifver det. Just beträffande prolapsoperationer framhåller Phillips, att de varit särskildt framgångsrika.

Ju gravare det lidande är, som påfordrar kirurgiskt ingripande, ju mera det kan sägas hota lifvet, dess mera väger det i vågskålen gent emot en diabetes och än mera, om de sammanträffande sjukdomarna kunna väntas ogynnsamt influera på hvarandra. Malign nybildning kan här tjäna som exempel. Cancer för hastigt till mors, vanligen inom 1—2 år; diabetes

kan, om den ej hör till de svåraste, räcka 10 år eller mer. I beräkningen bör man ta med cancerns säte, utbredning, framtidsutsikterna med densamma, den erforderliga operationens art och utsikterna för radikal bot. »Was will es dagegen sagen, wenn von den einem qualvollem Tode geweihten Menschen der eine oder der andere vorzeitig an Coma infolge der ärtzlichen Intervention stirbt?» säger Karewski och anför till stöd för operativt ingripande gynnsamma erfarenheter af stora operationer för cancer. Har det fog för sig, som Füth anför efter Gilbert och Weil, nämligen att hyperglykemien gynnar cancercellernas växt och virulens liksom mikroorganismernas, gör det ett rätt tidigt ingrepp trängande. Vid cancer kommer ofta till användning palliativa operationer; äfven diabetici böra ej undandragas denna lindring. På grund af den dåliga utgången af radikaloperationer för cancer recti å diabetici, betingad af infektionsfaran på stället i fråga, tillstyrker Karewski utsträckt bruk af anus præternaturalis såsom palliativoperation. Mag- och tarmresektioner åter, där utsikterna till aseptisk läkning äro större, ha med godt resultat utförts.

Äfven ovarialtumörer, mera besvärande uterusmyom och större buktumörer eljest indicera operation, där ej patientens konstitutionstillstånd kontraindicerar. Det finns publicerade fall, där efter aflägsnande af ovarialtumör eller uterus-myom förefintlig glykosuri och eventuella andra diabetes-symptom försvunnit (Croom, Beyea, Kleinwächter).

Det afsedda ingreppets art och utsikterna till den interkurrenta åkommans definitiva botande ha betydelse för ställande af indikation. Där shock oftare iakttas, blir naturligen risken för diabetici större. Det lättaste ingrepp, exempelvis incision af en abscess, kan få olycklig utgång i svåra fall, medan å andra sidan diabetici ha väl fördragit de största operationer.

För afgörandet af operation eller ej bör som förut nämndt tas hänsyn till diabetes natur och patientens allmänna tillstånd. De flesta äro böjda för att se i diabetes ett moment af relativ kontraindikation (Kausch, Karewski, Füth, Phillips); Sternberg är något dristigare; åter andra (Kümmel, Baldy) anse, att diabetes ingalunda kontraindicerar operation. »In vielen Fällen fällt die Indikation zur Operation mit dem Gelingen, das Individuum zuckerfrei zu machen, zusammen» säger Kausch och finner detta indikationsställande användbarare än t. ex. Regnier's på patellarreflexernas förefintlighet. De olika indelningarna i svåra och lätta eller svåra, medelsvåra och lätta former af diabetes med växlande afgränsning låta ej använda sig för indikationsställandet, så mycket mer som fall kunna

skenbart fylla fordringarna för en form, men till sin verkliga natur, verifierad genom förloppet, höra inom annan grupp. Jag behöfver blott påminna efter Naunyn om, att äfven svåra fall kunna fås sockerfria och till och med förete för en tid en viss tolerans gentemot kolhydrat, paradoxal tolerans. I de fall, där glykosurien kan häfvas utan alltför stränga dietetiska åtgärder, och än mer om en viss tolerans kan ernås, sättas gränserna för operation vidare, naturligen förutsatt att allmäntillståndet är godt. Karewski uttalar sig på följande sätt: »so soll man alle nicht dringlichen Encheiresen so lange aufschieben vorausgesetzt dass dadurch keine wesentliche Verschlechterung heraufbeschworen wird, bis durch eine diätische Kur der Grad der Glykosurie und die allgemeine Konstitution verbessert ist.» Men äfven om sockerfrihet ej kan vinnas eller ej kan nås inom den tid, som den kirurgiska åkomman tillåter att uppskjuta operation, får denna dock ej anses kontraindicerad. Stramare måste man dra gränserna för operation, om det består acidos; då får blott frågan om dess lifräddande betydelse fälla utslaget. Om operationen kan uppskjutas någon tid, bör försök göras att häfva acidosen. Äfven lätta fall af diabetes kunna under vissa omständigheter förete acetättiksyrereaktion i urinen till följd af kanske just den åkomma, som fordrar kirurgiskt ingripande, den häfves genom operationen. Ruff fordrar undersökning af urinens ammoniakhalt och anser mer än 2 gm ammoniak pr dygn kontraindicera operation. Phillips formulerar fordringarna så: »ingen operation utom i yttersta nödtvång bör företas, om det finnes mer än 1 gm. H_3N i 24 tim:s urin, förr än denna minskats till normal mängd; operationen bör uppskjutas, om det finns acetättiksyra i urin, äfven om H_3N ej är märkbart ökad.»

Ej blott glykosurien resp. glykemien och acidosen äro de faktorer man har att ta hänsyn till, utan äfven nutrition, kroppskrafter och andra tillfälliga sjukdomar. Patientens motståndskraft är bättre trots glykosuri om allmänbefinnandet är godt än när Entzuckerung följts af kraftnedsättning och afmagring. Särskildt sjukdomar i hjärta, kärlsystem, lefver, njurar inskränka på indikationerna för operation.

Hvad ha vi att göra för att minska risken af det ingrepp vi utsätta patienten för? Med hänsyn till den fara hyperglykemien innebär vid operation, bör den såvidt görligt häfvas resp. nedbringas genom preliminär antidiabetisk diet. Denna dietetiska förkur bör genomföras skonsamt, ensidig ägghvitefettkost för möjligast snabba Entzuckerung medför fara för acidos. Operationen bör, om den kan uppskjutas, ej företas

omedelbart efter ernådd sockerfrihet, utsikterna äro gynnsammare, om organismen därtill vunnit en viss tolerans för kolhydrat. Jämnsides med glykosuriens minskning måste gå höjande af patientens allmäntillstånd, ty blott under den förutsättningen är Entzuckerung berättigad. Endast i de fall, där den interkurrenta åkomman medgifver operationens uppskjutande den erforderliga tiden, som kan behöfva uttänjas i flera veckor, kan full sockerfrihet ernås före operationen; i andra fall får man nöja sig med den minskning tiden medger. För att förebygga faran för koma, särskildt vid strängare diet, ges samtidigt med ändringen af dieten natriumbikarbonat. Förefinnes redan acidos, ges stora doser natr.-bikarb. Mängden bestämmes af resultatet vis à vis urinen; denna bör först göras alkalisk och sedan hållas vid gränsen. Rumpf förordar i stället för natr.-bikarb. citras natric., emedan det fördras bättre af magen. Jag kan också intyga, att patienter gärna taga natr.-citrat., men i allmänhet hysa motvilja mot bikarbonatet. Bestående acidos fordrar stor försiktighet med dieten.

Patienterna böra möjligast skonsamt förberedas på nödvändigheten af operation och på allt, som står i samband med den, på eventuel lokalanästesi etc. Lämpligt är, att den antidiabetiska förkuren genomföres på sjukhuset, ej blott för att bättre kunna öfvervakas och patientens tillstånd lättare bedömas, utan äfven för att patienten må vänjas vid förhållandena där. De före större operationer särskildt å bukorganen brukliga förberedelserna afseende tarmens tömmande, böra inskränkas till det minsta möjliga. Svältande dagen före bör undvikas. Laxering och lavemang böra inskränkas; Füth anser tillräckligt med ett lavemang aftonen förut; lavemanget kan möjligen upprepas operationsdagens morgon. Endast vid rectalcancer är grundligare tömning af nöden, men den kan undgås genom preliminär colostomi. Diabetes skaffar i detta hänseende ett läge liknande det, som förekommer vid plötsligt nödvändiga operationer, där tarmens fyllnadstillstånd sällan bereder svårigheter ens vid laparotomier. För att undvika längre än nödigt fastande och törstande företas operationerna bäst tidigt på morgonen, således efter en fysiologisk fasteperiod.

Lämpligen ger man enligt Naunyns och Grossmanns förslag före operationen profylaktisk natr.-bikarb. tills urinen blir alkalisk, äfven om ej acidos förekommit.

Beträffande frågan: narkos eller icke och narkosmedel differera åsikterna. Kausch har på kirurgkongressen i Berlin 1904 preciserat sin ståndpunkt så: inhalationsnarkosen bör i möjligaste mån inskränkas; lokal anästesi bör användas, om ej kontraindicerad; kloroformen bör för diabetici principielt för-

kastas; etern är narkosmedlet för diabetikern. Äfven Füth anser det bäst att undvika narkos så vidt möjligt. Fördelen af lokalanästesi och möjligheten att med sådan utföra de största ingrepp framhålles af Karewski, men han visar också på, att den psykiska excitationen öfver att opereras under fullt medvetande, äfven om smärtförnimmelsen ej är stor, kan vara farligare än en ringa mängd narkosmedel. Om kloroform eller eter bör lämnas företrädet, kan ej generelt afgöras. Visserligen häfta mindre betänkligheter vid etern, men de vanliga kontraindikationerna mot den väga minst lika tungt, då det gäller diabetici som andra. Andra såsom Sternberg hänvisa till lyckade narkoser och att äfven operationer under lokalanästesi ändat med koma. Eterrus kan med fördel användas. Lokalanästesi har stor användning vid operationer å diabetici såväl terminal som genom infiltration af nervstammar eller ryggmärg enligt Bier. För den terminala lämpar sig emellertid mindre bra Schleich's metod, emedan infiltration med stora vätskemängder kan innebära fara för lokalnekros hos diabetikerns mindre motståndskraftiga väfnader. Däremot kan användas kokaïn eller andra dylika medel tillsammans med binjurepreparat. Lokal anämi genom bruk af Esmarchs binda bör undvikas. Särskildt är att rekommendera kombination af lokal anästesi och kort narkos eller eterrus. En stor fördel med lokalanästesi är, att man tidigare efter operationen kan börja ge patienten vätska och föda per os, utan att besväras af kräkningar. Operationen bör företagas under noggranna aseptiska kautel, antiseptika å sårytorna bör undvikas. Operationsmetoderna skola väljas så enkla som möjligt, plastiska operationer med lambåbildning bör undvikas, så att bästa möjliga cirkulationsförhållanden vinnas; om sekretretention befaras, sörjes för god dränage. Sutureringen bör göras med undvikande af spänning och stramning; hellre än att utsätta sig för farorna af sekretretention bör man lämna öppet och eventuelt suturera sekundärt.

Efter operationen sörjer man för tillförsel snarast möjligt af vätska och föda i tillräcklig mängd. Skulle till följd af föregången narkos kräkningar eller kväljningar lägga hinder i vägen för införande per os, får man tillgripa ingjutningar per rectum eller subkutana infusioner. Lämpligen fortsättes efter operationen alkalitillförseln, som om det ej kan ges per os, med fördel ges per rectum eller subkutant i koksaltinfusion. Skulle acetättiksyra uppträda i urinen, bör man vara än mer energisk med alkali- och vattentillförseln. Vid hotande koma bör tillgripas äfven intravenösa koksaltbikarbonatinfusioner och därjämte tillråder Kausch att försöka med glykonsyra. Det ges

enligt Schwarz i dos på intill 70 gm, neutraliseradt med natr.-bikarbon. i $^1/_2$ lit. vatten.

Födan bör vara tillräcklig, utan att öfverlasta magen. Straxt efter operation får man ej vidta ändringar i dieten, afseende kolhydraternas inskränkande, utan snarare öfvergå till blandad kost, om koma kan befaras. Har antidiabetisk diet ej inledts före operationen, bör stor försiktighet iakttas med dess begynnande efter operationen, innan patientens ämnesomsättning återtagit sitt forna jämnviktsläge.

För att bereda ersättning för det aktiva muskelarbetet ges, i mån tillståndet och sårförhållandena medgifva, massage. Sängläget bör möjligast inskränkas.

Omsorgsfull undersökning af patientens tillstånd och handlande i enlighet med den interna diabetes-terapiens principer tillåter oss att med utsikt till framgång företaga operationer å diabetici på omsorgsfullt ställda indikationer. Prognosen är ju oviss, men det tillåter oss ej att undandraga diabetikern den bot eller lindring, den operativa kirurgien eventuelt kan bringa.

Beträffande litteraturen hänvisas till Sammelreferaten öfver Diabets mellitus i Schmidts Jahrbücher och till registern i Zentralblatt für Chirurgie.

Svenskarne och Cuba.

Många kamrater minnas säkerligen en svensk-amerikansk läkare, d:r A. Lind, hvilken för några år sedan en vinter helt hastigt expedierade sin medicine licentiatexamen vid Karolinska institutet. Han var och är en i bästa mening *selfmade man*. Han kom vid 17 år härifrån till Amerika såsom jordbruksarbetare. Allt under det han försörjde sig själf med kroppsarbete, arbetade han sig småningom upp genom aftonskolor, högskolor och universitet, tog medicine doktorsgrad i Minneapolis, praktiserade icke utan framgång på Minnesotas landsbygd, for till Berlin och blef där tysk med. doktor, praktiserade ett par år i Minneapolis, genomgick Gymnastiska centralinstitutet i Stockholm, samlade åter under ett par års praktik i Minneapolis en ny reskassa, tog sin svenska doktorsexamen och återvände till en ökad praktik bland landsmännen i Minneapolis.

För omkring två år sedan inköpte han såsom förtroendeman och ledare för några svensk-amerikanska farmare ett större område högt beläget, hälsosamt och bördigt land i det inre af Cuba, och där har han nu ej långt från det beryktade

Santiago de Cuba anlagt *en svensk koloni*, som redan lär räkna omkring ett hundra familjer. Därifrån skrifver han nu till Läkartidningen detta nybyggarebref. Undertecknad, som känner d:r Lind sedan fjorton år tillbaka och räknar sig som hans vän, har trott, att detta bref kunde få något ökadt intresse genom ett par personliga ord om författaren. Han är såsom synes en företagsam, handlingskraftig svensk man och kommer säkerligen att göra heder åt Sverige på sin plats ute i den stora världen — en sak som vi så väl behöfva.

Stockholm d. 21 jan. 1907.

Hugo Toll.

* * *

Det kan ej förnekas, att svenskarna numera äro mer eller mindre starkt representerade i alla världens länder, och egendomligt nog synas flertalet befinna sig bättre i sitt adoptivland än hemma i norden. I sanitärt hänseende reda de sig vanligen lika bra, om ej bättre än infödingarne. I Förenta staterna har visserligen påståtts, att de falla lättare offer för sjukdomar och i synnerhet sinnessjukdomar än amerikaner. Detta påstående har jag dock aldrig kunnat konstatera och vid en särskild undersökning, föranstaltad af gov. Lind vid asylerna för sinnessjuka, voro svenskarne proportionsvis ej flera än andra nationer.

Sedan 2 år har jag tillbragt största delen af min tid på Cuba. Denna härliga ö är äfven hvad klimat och hälsotillstånd angår måhända det lyckligast lottade land i världen. Ett hundratal svenskar hafva varit bosatta i Bayate i östra delen af Cuba nu ett år. Detta är så vidt jag vet den enda koloni af svenskar inom tropikerna. Bosatta på 20:de graden nordlig latitud, med 500 fot öfver och 5 svenska mil till hafvet både i norr och söder och kringflutna af golfströmmen behöfva de aldrig hvarken frysa eller öfverhettas. Vid de regeringsobservationsstationer, som finnas, har temperaturen aldrig öfverstigit 35° eller gått under + 10°. Våra mätningar här visa ungefär 15°—20° om natten och 20°—30° om dagen.

Om sommaren är det på sin höjd 5° varmare än om vintern. Öfverhettning (solstygn) förekomma aldrig här. Flera af våra nybyggare hafva kommit hit af hälsoskäl och de, som varit behäftade med reumatism (muskel-) och luftrörskatarrer känna sig oftast bättre efter blott några dagars vistelse här. Regnfallet är från 1—2 meter per år, men jorden är naturligt »drainerad», så att utom vid kusterna finnas inga träsk eller sumphålor. Följaktligen äro insekter, såsom flugor och

myggor, mycket fåtaligare än till och med i Sverige under sommaren. Regntiden beräknas från april till december. Vid inträdet af regntiden förliden vår bodde flera af våra nybyggare i tält, hvilket troligen bidrog till att en mild epidemi af dysenteri utbröt. Sedan dess har dock hälsotillståndet varit det bästa och ej ett enda sjukdomsfall har förekommit bland svenskarne under sensommaren och hösten. Tre fall af malaria yppade sig förliden vinter, men häfdes snart genom bruk af kinin. Hvad denna såväl som andra sjukdomar angår, hafva svenskarne besvärats mindre än spanjorerna och till och med själfva cubanerna synas hafva flera åkommor än vi. Lungsot är mycket allmän här. Detta kan dock ej läggas klimatet till last. Många af infödingarne äro så lata, att de ej skaffa sig hvarken hus, kläder eller mat och liksom bland negrerna i Amerikas sydstater, kommer naturen och befriar samhället från detta lata släkte. I min egen familj såväl som hos några få patienter, har jag haft glädjen konstatera ett mycket välgörande inflytande af Cubas jämna, milda, friska klimat på phtisispatienter. Den så mycket fruktade gula febern veta vi mycket litet om här på Cuba. Amerikanerna rensade alla hamnstäder och befriade dem från sjukdomsförande insekter, då de sist voro här, och gula febern var borta under flera år. Då den cubanska republiken började sin tillvaro 1902, erhöll den 35 millioner dollars i så att säga bosättningskostnader, men genom det så kallade Plattamendment, som intogs i Cubas grundlag, berodde Cubas självständighet på följande villkor 1) De skulle lefva i fred och endräkt 2) De fingo ej skuldsätta sig eller förslösa sina rikedomar; 3) De måste hålla huset rent d. v. s. de måste se till att inga farsoter finge frodas här och spridas till staterna. Inga af dessa regler efterlefdes, och Förenta staterna måste åter taga hand om sin myndling. Det första den nya regeringen lade hand vid efter afväpningen var sanitetsväsendet. För 5 år sedan uppgjorde amerikanerna planer och kontrakt för kloakanläggningar i Havana, men dessa gingo löst på millioner, och det var behändigare för politici att använda dem för andra ändamål. Smutspölar med sjukdomsförande insekter och gula febern blefvo åter synliga. Insurgenterna nedlade vapnen genast, men insekterna äro ej ännu besegrade. En armé af amerikanska läkare, ingenjörer och arbetare äro i verksamhet, och redan i oktober efter en månads arbete upphäfdes karantänen, som sedan förra vintren existerat i staterna mot Cuba. Men ej blott Amerikas soldater och politici äro här. Alla kommunikationer och hotell äro otillräckliga för vinterturisterna, hvilkas antal fördubblas hvarje år. Dess kapitalister hafva nedlagt 200 millioner dollars på

landspekulationer och flera komma hvarje dag. Cuba är ett framtidsland och kommer inom kort att blifva en af Amerikas förnämsta stater. För dem, som ej tåla nordens kalla vintrar, kan näppeligen önskas ett bättre klimat än Cubas. Visserligen är luften fuktigare än längre från hafvet belägna platser. Men den friska rena hafsluften, den jämna milda temperaturen, frånvaron af nästan alla tropiska besvärligheter; inga heta vindar och inga häftiga regn eller sandstormar, äro förhållanden svåra att finna annorstädes. Vi svenskar borde äfven hafva litet mera af denna sköna natur. Ett svenskt sanatorium på en väl vald plats här skulle från både financiel och filantropisk synpunkt blifva ett lyckadt företag. Många patienter skulle kunna arbeta på sin egen lilla plantage. Ångbåtar gå direkt hit från Hamburg hvarannan vecka, och intet är behagligare än att lämna snödrifvorna i norden och efter 2 veckors sjöresa njuta af det härligaste klimat i en fri, skön natur och detta till på köpet hos sina egna landsmän.

Boyate, Cuba den 17 december 1906.

A. Lind.
Med. Lic.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Andre stadsläk.-tj:n i Halmstad (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	18 febr.
Extra prov.-läk.-tj:n i Nässjö distr. (distr. omfattar Nässjö församling af Jönköpings län med 5,116 invånare 1 jan. 05; lön: 800 kr.; ansökan ställes till kommunalnämnden, Nässjö)	20 febr.
Las.-underläk.-tj:n i Borås[3]) löneförmåner: 1,800 kr. + 500 kr. i kostpengar jämte fri bostad)	21 febr.
Las.-underläk.-tj:n i Umeå[3]) löneförmåner: 1,500 kr. + 800 kr. såsom ersättning för bostad och kost; då den nya las.-byggn:n under årets lopp blir färdig höjes lönen till 2,300 kr. jämte fri bostad och kost med skyldighet att undervisa elever)	21 febr.
En underläk.-tj. v. Lunds asyl[3])	22 febr.
En bat.-läk.-tj. v. Lifreg:tets grenadjärer[1])	25 febr.
En bat.-läk.-tj. v. Västmanlands reg:te[1])	25 febr.
Underläk.-tj:n v. Växjö hosp:s kriminalafd.[3])	25 febr.
Extra prov. läk.-tj:n i Tjörns distr.[2]) ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	27 febr.
Las.-underläk.-tj:n i Jönköping[3]) (löneförmåner: 1,800 kr. + fri bostad och kost eller 600 kr. kostpengar)	1 mars.
Reg:tsläk.-tj:n v. Södra skånska inf.-reg:tet[1])	4 mars.
Reg:tsläk.-tj:n v. Östgöta trängkår[1]) *(nyinrättad)*	4 mars.
Bat.-läk.-tj:n v. Norrlands trängkår[1]) *(ånyo* ledigförklarad)	4 mars.

Bat.-läk.-tj:n v. Östgöta trängkår[1]) *(nyinrättad)* 4 mars.
Extra prov.-läk.-tj:n i Malå distr.[2]) (tillsättes för tiden t. o. m. 1911; distr. omfattar Malå socken i Västerbottens län med 2,680 invånare den 1 jan. 05; station i Malåträsks by; lön: 3,300 kr.) 4 mars.
Las.-underläk.-tj:n i Västerås[3]) (löneförmåner: 2,000 kr. jämte fri bostad och kost) 7 mars.
Tre distr.-läk.-tj:r i Malmö (ledigförklarade på grund af ny treårsperiod) 9 mars.
En bat.-läk.-tj. v. Hälsinge reg:te[1]) 11 mars.
Stadsläk.-tj:n i Falkenberg (sökes hos magistraten; lön: 1,500 kr.) 11 mars.

Lediga apoteksinrättningar:

Medikamentsförrådet i Sollebrunn (nyinrättadt) 15 febr.
Apoteket i Markaryd (skall inrättas f. o. m. år 1908) 21 febr.

Af Kungl. Maj:t utnämnda och transporterade:

Till marinläk. af 2:a gr. i reserven: lic. *M. Asplund.*

Af Med.-styr:n utnämnda och förordnade:

Till ex. prov.-läk. i Rimbo distr. (fortf. t. o. m. 1911): lic. *C. F. Dahlborg.*

Af vederbörande myndigheter antagna:

Till andre stadsläk. i Uddevalla: las.-underläk. i Jönköping *J. O. H. Hansson.*
Till biträd. läk. v. Stockholms stads allm. försörjn:inr:gs afd. f. sinnessjuka: kand. *K. O. N. Olander.*
Till 1:e underläk. v. allm. barnhuset i Stockholm: lic. *Inez Laurell.*

Förslag till erhållande af privilegier å apotek:

Mården i Stockholm: C. F. W. Schimmelpfennig (Af apot.-soc:ns dir. föreslagna: K. M. Sjöberg, C. F. W. Schimmelpfennig, J. A. Elfström).
Sälen i Stockholm: E. G. F. Holm (C. F. W. Schimmelpfennig, E. G. F. Holm, C. F. C:son Elmstedt).
Delfinen i Göteborg: E. L. Bruzelius (E. L. Bruzelius, M. L. Svenson, K. W. Karlsson).
Falken i Örebro: S. M. Boberg (S. M. Boberg, C. F. C:son Elmstedt, F. G. von Wachenfeldt).

Sökande:

Till *stadsläk.-tj:n i Jönköping:* lic:rna A. J. Ekelund, G. Hagstrand, N. Johansson, O. Lundberg, C. Runborg, A. Sandwall.
Till *2:e bitr. läk.-tj:n v. Göteborgs stads fattigvårdsinr.:* lic. H. Rosengren, kand:rna O. F. Ahlberg och K. Helmer.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *E. Feltström* t. f. las.-läk. i Söderköping från 1 mars (v).
Kand. *W. Mattisson* t. f. stadsläk. i Ulricehamn 11—26 febr. (t).
Lic. *V. Valde* t. f. ex. prov. läk. i Kils distr. 14 febr.—1 mars (t).
Fältl.-stip. *F. A. A. Amundson* ex. läk. v. Lifreg:tets dragoner 16 febr. —3 mars.
Fältl.-stip. *G. S. Wigh* ex. läk. v. Västmanlands reg:te 12 febr.—4 mars.
Lic. *George Lindgren* t. f. ex. prov.-läk. i Östervåla distr. 17 febr.—4 mars (t).
Kand. *G. Hedblom* t. f. stadsläk. i Vimmerby 1—26 febr. (t).

Rättelse:

I »Bokanmälan» uti n:r 4 (s. 58) ha tyvärr insmugit sig några tryckfel, som härmed ändras: rad 7: »viktiga» utbytes mot *riktiga:* rad. 17: »betydligt» utbytes mot *obetydligt.*

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 22 februari 1907.

4:e årg.	Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER.	N:o 8.

Innehåll: BROR GADELIUS: Öppet bref till professor Henschen. — S. E. HENSCHEN: Svar till professor Gadelius. — Från Riksdagen. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser. — Epidemiöfversikt.

Öppet bref till professor Henschen.

Herr professor!

Jag offentliggör nedanstående under lifligt beklagande att vara tvungen därtill. Mitt inlägg afser ej mindre en kritik af Edert uppträdande i en sjukvårdssak, där jag i egenskap af sakkunnig varit tillkallad, än en protest mot denna Eder inblandning. Ni har därmed, säkert mer än Ni anar, lyckats främja vissa hos allmänheten djupt rotade fördomar beträffande sinnessjuke och deras behandling på samma gång Ni med Eder inblandning kränkt de grundsatser, på hvilka ett godt kollegialt samarbete bygges.

Principer gå före personliga hänsyn, och jag nödgas därför tala.

Jag börjar med en resumé af händelsernas utveckling.

På anmodan af verkställande direktören Torsten Alms broder, rotemannen Carl Alm, och sedan jag inhämtat en mängd upplysningar om direktör Alms uppförande under senaste tid, hvaraf jag fick det bestämda intrycket, att Alm befann sig i ett läge, som kräfde vård och hjälp, åtog jag mig tillsamman med docenten Henry Marcus uppdraget att besöka Alm i och för en undersökning af hans sinnestillstånd.

Under en mängd svårigheter genomfördes denna undersökning, dels i Alms tillfälliga bostad å Ringvägen på Söder, dels i hans hem Schéelegatan 2. Resultatet af dessa undersökningar, den 15 och 17 sistl. januari, var sådant, att vi, med de upp-

lysningar vi förut erhållit om Alms egendomliga uppförande, den förryckta hänsynslösheten i hans förhållande mot sina underordnade i bolaget Manhem och mot sina barn, nu fingo den bestämdaste öfvertygelse ej mindre om Alms sjukdom än om hans behof af vård och om önskvärdheten af hans snara sättande under förmyndare. Bland annat voro de skildringar, jag erhöll af den sjukes egen dotter om förhållandena i hemmet och de personers uppförande, hvilka utgjorde Alms dagliga sällskap och omgifning, sådana att jag fann det på allt sätt behjärtansvärdt att inskrida. Då d:r Marcus och undertecknad underskrefvo ett intyg i och för Alms omyndighetsförklaring, fanns sålunda å vår sida ingen tvekan om behofvet och nödvändigheten af en sådan åtgärd. Lika litet drog jag i tvifvel att förorda Alms snara intagande å hospital, och förklarade jag vid utfärdande af bil. A, att Alm vore i mycket stort behof af vård å hospital.

Därmed hade jag handlat på sätt min öfvertygelse bjöd mig, lika mycket af hänsyn till Alms personliga bästa som af hänsyn till hans närmaste. Det kunde vara frestande att dröja vid alla de obehag, som tillskyndades oss af vissa personer i Alms omgifning, hvilka på allt sätt sökte motsätta sig och förekomma vårt ingripande. Bland dessa personer voro tvänne herrar kolleger. Den ene af dessa medgaf ej ens att Alm var sjuk, den andre förklarade öppet, att han af Alm erhållit ekonomisk hjälp och ej ansåg sig kunna på det sättet belöna Alms tjänster, att han nu lämnade sitt biträde till Alms intagande på hospital.

Det var otvifvelaktigt med hjälp af dessa tvänne läkare, som Alm efter en tids kringflackande i mellersta Sverige »enleverades» och gömdes för att på så sätt undandragas utsikterna att blifva förd till hospital.

Härmed var den sedvanliga skandalen, Tufvahistorien, frambesvuren. För vissa tidningar alltid en välkommen spaltfyllnad, men för den sjuke själf och hans familj en olycka. Att i tysthet blifva förflyttad till en anstalt för sinnessjuka, då man är sinnessjuk, kan aldrig anses för något ondt, men att icke blott blifva undandragen vård utan äfven prisgifven åt den offentliga nyfikenheten, det är detta som är ett ondt och kanske ännu värre, enär det sätter en fläck på ett godt namn, hvilken sent utplånas. Det var detta Alms vänner lyckats åstadkomma.

I detta sakernas läge uppenbarade sig, som var att vänta, d:r Anton Nyström, men sedan den ene af ofvannämnda läkare, hvilken beredt Alm ett gömställe, konsulterat Eder, herr professor, drog sig d:r Anton Nyström tillbaka. D:r Nyström synes hafva handlat ur sin synpunkt välbetänkt, ty beklagligtvis har mellan honom och Eder i denna sak rådt det bästa samför-

stånd. Långt bättre än mellan Eder och mig. Jag hade dock väntat mig annorlunda. Då Ni besökte mig för att af mig erhålla upplysningar rörande fallet Alm, var jag öfvertygad, att Ni, efter inhämtade uppgifter, ådagaläggande dess otvetydiga beskaffenhet, och sedan Ni hört den mening jag företrädde, skulle draga Eder tillbaka. Jag misstog mig. I stället har Ni åtagit Eder Alms skydd mot förmenta förföljare, d. v. s. satt Eder emot förmyndarnes önskan att handla i öfverensstämmelse med mina råd.

Må det förlåtas mig, att jag finner Edert beteende underligt, och af Eder motser en öppen förklaring.

Vi äro båda lärare vid en medicinsk högskola. Ni företräder ämnet invärtes medicin, undertecknad psykiatri. Psykiatrien är underordnad medicinen, men det oaktadt torde ingen af professorn i medicin förvänta sakkunskap i psykiatri. Endast Ni själf synes ställa så stora kraf och förväntningar på innehafvaren af ämnet medicin, att Ni rent af synes finna Eder ämbetsbroder öfverflödig, då det passar Eder att göra gällande en mera allomfattande kompetens. Jag skulle också gärna äfven framdeles i hvarje liknande fall träda tillbaka och hänvisa alla stackars rådsökande till professorn i medicin, ty att få afsäga sig den tvifvelaktiga tillfredsställelsen att nödgas undersöka motsträfviga sinnessjuka, taga emot obehag af deras s. k. vänner och råka i krångel med ärade kolleger det vore en mycket kännbar lättnad, om ej pliktens imperativ och hänsyn till de sjuka åter tvunge mig in i eländet.

Då Ni knappast kan göra gällande samma skäl, och ingen skall påstå att det varit *Eder plikt* som läkare att här inskrida, så torde det blifva svårt för Eder att besvara den frågan, hvarför Ni egentligen åtagit Eder denna sak?

Jag öfvergår nu till en annan fråga. På tungt vägande grunder har jag förklarat den sjuke vara i mycket stort behof af vård på hospital. Det är icke blott emedan jag är hospitalsläkare, som jag rådt till den sjukes intagande å anstalt för sinnessjuka, utan därför att jag på grund af en ganska omfattande privat konsultationspraktik här i staden väl känner privathemmen och de resurser, öfver hvilka dessa hem förfoga. Jag vet sålunda, att Alm ingalunda lämpar sig för vård å ett sådant hem. På ett privathem kan endast stilla, fogliga, för sig själf och andra alldeles ofarliga sjuka med fördel vårdas. Till denna kategori hör ingalunda Alm. Alm skall otvifvelaktigt på ett privathem göra i allt som han själf önskar, komma och gå, när han tycker, telefonera till hvem som helst, mottaga besök af hvem han önskar; han skall med ett ord ej få den stillhet, isolering, det skydd och den ro, han så väl behöfver. Då Ni herr professor sagt, att Ni ordnat och öfver-

tagit hans vård, så protesterar jag i den sjukes eget intresse mot detta Edert tilltag, alldenstund jag vet, huru otillfredsställande den vård är, som å ett privathem kan presteras åt en sinnessjuk af Alms art.

Jag vågar påstå, att det icke är likgiltigt för den sjukes återvinnande af hälsan, huru han behandlas, men då Ni, herr professor, framför den sjukes intagande på en anstalt föredrager en vård, som ej är vård, en tillsyn, som ej är tillsyn, synes det mig, som hade Ni den uppfattning om Alms sjukdom, att det är likgiltigt, huru han behandlas, att han med andra ord vore obotligt sjuk. Säg mig därför, herr professor, och säg mig det i detalj, som en sakkunnig kan begära det af en sakkunnig yrkesbroder, hvad är Eder uppfattning om den sjukdomsform, hvaraf Alm lider? Hvad har Ni ställt för diagnos, ty med diagnosen har Ni uttalat Eder om prognosen, och därmed sammanhänger ju ock indikationerna för behandlingen?

För egen del har *jag haft en gynnsam uppfattning om Alms utsikter att blifva frisk, det var också därför jag yrkat att han skulle erhålla bästa möjliga vård,* och den beredes honom, trots allmänhetens fördomar, dem Ni tyvärr på ett sorgligt sätt delar, å hospitalen.

Ännu ett ord. Det är en underlig humanitets belysning, som faller på denna sak. Ni vill göra gällande den sjukes egna önskningar, alldeles oafsedt det faktum, *att en persons önskan, då han är sjuk, är en annan än då han är frisk.* Ni säger, att den sjuke ej själf vill blifva förd till ett hospital, och därför föredrager Ni första bästa privathem, där den sjuke hvarken har tillräckligt skydd eller lugn, framför vård på en statens anstalt. Bör man alltid spörja en sinnessjuk om hans önskningar och göra till sin första och ovillkorligaste regel att följa dessa önskningar? Huru många af dem, som sedermera förklara sig vara innerligt tacksamma, att de kommit ur en störande omgifning till lugnet på ett hospital, äro under sin sjukdom villiga att föras till anstalt? Nej, vill man verkligen den sjukes väl, måste man mången gång handla mot hans egen önskan.

Intressant vore att veta, hvarför Ni ställer Eder annorlunda till behandlingen af en smittosam kroppslig sjukdom? Har man icke i sådana fall rätt att mot den sjukes egen vilja ingripa? Vore det icke lika mycket på sin plats att här inskrida och protestera mot ett våld på den personliga friheten? Ostördt får saken här ha sin gång. Man ingriper till skydd för den sjukes omgifning och för att bereda honom själf en mera rationell vård. Skulle den sjuke sakna förmåga att inse

sin egen och familjens fördel af en sådan behandling, så riskerar han ändock ej, att vänner blanda sig i spelet, för att undandraga honom den behöfliga vården, ja, rent af enlevera den sjuke ur deras händer, som afsågo hans bästa. Något så oerhördt som detta uppträdande af tvenne läkare i afsikt att undandraga honom behöflig vård, skulle, om det kunde tänkas förekomma, här stämplas som en brottslig handling.

Det återstår till sist en sak. Den sjukes högsta önskan torde vara att åter blifva myndig. Hvad skall Ni åtgöra i detta afseende? Det har sagts mig — jag hoppas att det icke är sant — att Ni gjort gällande den satsen, att, då den sjuke själf förvärfvat sin förmögenhet, så är det också hans ensak, huru han gör därmed. Tänk Eder väl för, herr professor, innan Ni handlar. Alm kan bli frisk, sedan Ni först förhjälpt honom till möjligheten att ruinera sig själf. Skall han *då* också tacka Eder för *den* tjänsten?

Stockholm den 18 februari 1907.

Bror Gadelius.

Herr Redaktör!

Vid 4-tiden i dag på e. m. den 21 febr. gaf Ni mig det öfverraskande meddelandet, att öfverläkaren prof. B. Gadelius till Er tidning insändt ett öppet bref, riktadt till mig, och kl. ½ 6 samma dag mottog jag detta bref redan i korrektur samt med anmaning att helst före kl. 10 i morgon f. m. ha insändt ett svar, om jag så önskade. Ni finner nog, att Ni åt mig afmätt en mycket knapp tid[1]) att göra det möjligt att i sammanhang med prof. G—i bref afgifva mitt svar i en så komplicerad och kinkig fråga, som dessutom är af stor principiell och praktisk innebörd, och tiden är knapp, särskildt ur den synpunkten att mina ord lära komma att granskas »cum grano salis» af lärd och olärd.

Men än mer. Jag *protesterar* mot att ett bref, som rör en privat persons psykiska tillstånd, utan trängande nöd göres till föremål för offentligt afhandlande. Prof. Gadelii bref liksom mitt svar skola säkert redan om lördag inflyta i den dagliga pressen och spridas landet rundt.

Under mer än en vecka ha flera af de dagliga tidningarna frossat på sensationshistorier, grundade på osanna rykten eller

[1]) Tiden, förlängd till kl. 4 e. m. den 22, har ej ens varit tillräcklig till renskrifning af mitt svar.

förmodanden om en person, som förklarats sinnessjuk. Många ha känt sig upprörda däraf och uttalat sin harm öfver att pressen exploaterar en medmänniskas psykiska tillstånd och i anonyma skrifvelser utsätter för åtlöje hans känslor och religiösa föreställningar, de må nu vara normala eller abnorma. Har då ej hvarje privat person — och framför allt en, som förklarats befinna sig i en sjuklig psykisk exaltation — rätt till så mycket skydd, att hans inre ej utsättes för spott och spe i den allmänna pressen? Tidningarna ha ej försummat att förtjäna några ören på »affären Alm».

Jag hade ej trott att en aktad läkartidning skulle tillåta publikation af bref som beröra en sjuks själstillstånd, äfven om en af Sveriges förnämsta psykiater, prof. Gadelius, skulle yrka därpå.

Det blir mig en svår sak att besvara prof. Gadelii bref utan att bryta mot den princip jag hittills följt i affären Alm, nämligen att ej afhandla densamma offentligt. Men då tystnad från min sida säkert skulle tolkas som oförmåga att försvara mig, så skall jag bemöta några punkter, som ej fordra någon exposé af direktör Alms själstillstånd, hvilket jag ej utan trängande anledning vill offentligt afhandla. Och därmed vänder jag mig till Eder

Herr professor Gadelius,

tyvärr blott med några aforistiska satser, då ett fullständigt besvarande af Ert bref skulle erfordra flera dagars arbete. Genom detta öppna bref till mig, har Ni dragit under offentlig diskussion sinnestillståndet hos en patient, som blifvit Er anförtrodd af hans anförvanter; och detta gör ni i otrångdt mål. Jag frågar Er: är ett sådant tillvägagående värdigt en psykiater? Är det ens tillåtet? Är detta öfverensstämmande med en läkares tystnadsplikt? Ni manar mig: »Säg mig i detalj som en sakkunnig kan begära af en sakkunnig yrkesbroder, hvad är Eder uppfattning af den sjukdomsform, hvaraf Alm lider?» Fattar Ni då icke herr professor, att besvarandet af denna fråga involverar en exposé af herr Alms sjukhistoria och hela hans själslif med dess eventuella rubbningar? Hur kan en psykiater begära att en kollega skall utan tvingande skäl yppa hvad honom därom är anförtrodt? Vittnar ej detta, herr kollega, om bristande besinning vid nedskrifvandet af Ert bref eller vill Ni förleda mig att afvika från min plikt såsom läkare?

Och hvad skall jag väl tänka därom, att en stor del af Ert bref och särskildt förebråelserna mot mig yppa innehållet

af en mellan oss hållen *konfidentiel* konsultation rörande herr Alm. Jag anhöll att enskildt med Er få konsultera rörande Alm, och nu tar Ni Er friheten att utan min tillåtelse i en offentlig tidskrift framlägga för hela Sveriges allmänhet hvad som därunder uttalats eller afhandlats. Är detta den takt och tystlåtenhet, man väntat af en hospitalsläkare? Och därefter kommer Ni till slutsatsen att det är jag, som »kränkt de grundsatser, på hvilka ett godt kollegialt samarbete bygges.»

Ni klagar öfver att hr Alm blifvit af *tidningarne* »prisgifven åt den offentliga nyfikenheten»; och Ni själf deltar däri, genom Ert öppna bref, som måste väcka uppmärksamhet i hela landet. Är detta konsekvens?

Å sid. 115 och 116 framkastar Ni den ena ogrundade beskyllningen efter den andra. Jag hinner ej svara på alla och allra minst uttömmande.

Ni säger att »mellan honom» (dr Anton Nyström) och mig »i denna sak rådt det bästa samförstånd.» Jag vill därpå blott svara, att vi två rörande dir. Alms sinnestillstånd hvarken samtalat eller skriftväxlat. Dr N—s mening känner jag blott af tidningarna.

Lika ogrundad är Er tirad att jag »rent af synes finna min ämbetsbroder öfverflödig», och att jag tillerkänner mig en »mera allomfattande kompetens». Sådant nonsens hade jag ej väntat af en ärad kollega, som jag gör mig besvär att konsultera, ty då hade jag ju ej vändt mig till honom.

Ni säger: »ingen skall påstå, att det varit Eder plikt såsom läkare att här inskrida» och att »det torde blifva svårt för Eder att besvara den frågan, hvarför Ni egentligen åtagit Eder denna sak».

Ehuru jag ej är skyldig att enskildt eller offentligt förklara, hvarför jag åtager mig en privat patient, så vill jag dock besvara denna fråga. Se här hvad jag gjort. Det skall ock besvara andra af Edra oberättigade frågor och förebråelser mot mig.

Lördagen den 9 fick jag en enträgen begäran att besöka dir. Alm, som jag redan förut kände. Vid min ditkomst fick jag af honom en redogörelse för de förflutna dagarna, då han faktiskt jagats af polisen m. m., hvarjämte hr A. enträget bad att få ställa sig under min vård som läkare. Obekant med hela historien, och då *dir. A. saknade läkarevård*, förklarade jag mig villig att »stå såsom hans läkare under de närmaste dagarna, tills jag hunnit sätta mig in i förhållandena». Min första åtgärd var att *begära en konsultation med*

Er, prof. Gadelius, hvilken ock hölls måndagen d. 11 jan. Då jag därvid djärfdes sätta ifråga, huruvida hr Alms internering verkligen vore nödvändig, afslöts konsultationen på ett sätt, som hvarken vittnade om besinning eller kollegialt bemötande från Eder sida.

Sedan nämnda dag har jag oupphörligt besökt hr A., och han har villigt ställt sig till efterrättelse mina råd rörande hans vård. Under hela denna tid har han städse talat och uppfört sig med sans och lugn, klart framlagt sin ekonomiska ställning och villigt besvarat alla mina inträngande frågor.

Min sträfvan har nu varit att söka få hela denna för bägge parterna ledsamma sak i all tysthet, lugnt och på ett vänskapligt sätt afvecklad och begrafven, så att *ingen* däraf skulle lida. Saken har synts mig så komplicerad och outredd att därtill erfordras både tid och god vilja. Från olika håll har jag sökt upplysningar både om hr Alms tidigare och senare förhållanden och särskildt om hans affärsställning.

Och nu kan jag besvara Er fråga, hvarför jag åtagit mig saken. Jag svarar: med den *rätt* en människa har att söka hjälpa en annan i en svår belägenhet, och jag har kännt det som en *plikt* att som läkare bistå en sjuk, som anser sig förföljd, ty när hospitalets portar stängas bakom honom lär han ej så lätt kunna få biträde hvarken af *de* läkare eller *de* jurister, som *han* har förtroende för.

Sorgfälligt har jag afhållit mig från allt offentligt eller förtidigt uttalande i saken. Ej heller har någon skrifvelse eller utlåtande af mig rörande hr Alm affattats. Då Ni nu herr professor angriper mig och nödgar mig att offentligt ta till ordet, så vill jag säga Er, att i Ert intyg, att hr Alm är sinnessjuk och oförmögen att själf handha sina affärer, saknas objektiva data, ägnade att tillräckligt grunda Er slutsats. Däremot har dir. Alms broder hr Carl Alm, som yrkat på dir. A:s försättande under förmyndare, på mitt bord deponerat några handlingar rörande A.-B. Manhem, däri hr Torsten Alm är verkst. direktör, äfvensom några enskilda bref under yttrande: »se här de handlingar, hvarpå prof. G. och dr Marcus grundat sitt utlåtande».

Af handlingen rörande A.-B. Manhem, som dir. Alm bildat och enligt uppgift med stor framgång skött, och förmodligen af andra upplysningar, synes Ni ha dragit den slutsatsen att dir. A. visat »en förryckt hänsynslöshet mot sina underordnade». Jag har hvarken rätt, än mindre plikt samt för öfrigt ej tid eller lust att sätta mig in i A.-B. Manhems affärer och förhållanden, men nog bör väl styrelsen ha medel i sin hand att råda bot för verkst. direktörens hänsynslöshet, *om* han

öfverskrider sin befogenhet. Och en hospitalsläkare måste väl ha svårt att bilda sig en mening om arten och vidden af missförhållandena inom ett sådant A-.B. Och bolagsstämman, där dir. A. ej lär ha majoritet, lär väl kunna på lämpligt sätt ingripa.

Låt vederbörande lagföra dem, som öfverskrida sin befogenhet. Hospitalsläkaren skall vara försiktig i sina slutsatser och attester, om en direktör betecknas såsom »hänsynslös».

Ni blottar utan betänkande dir. Alms förhållande till barnen. Med hvad rätt utsätter Ni konfidentiella och intima familjeförhållanden för allmänhetens kritik, *sedan* ni förklarat dir. A. sinnessjuk ocn så beröfvat hans ord all tilltro. Ni afväpnar honom först, därpå hugger Ni modigt in på den värnlöse, själf förskansad bakom Er titel och auktoritet.

Till handlingarna voro fogade två bref, ett rörande ett uppträde i en privatkyrka, där hr A. skulle på ett sårande sätt förgått sig. Men detta ligger ju nära tre år tillbaka i tiden. Det andra brefvet var utfärdadt af något fruntimmer, om hvilket tvänne bildade kvinnor för mig intygat, att hon är opålitlig.

Undra ej på att jag ej anser dylika data tillräckliga för att beröfva en svensk medborgare hans frihet. De hittills presterade handlingarna ha ej öfvertygat mig om nödvändigheten att hr A. *f. n. ovillkorligen* måste interneras å hospital. Men märk väl, jag har aldrig afgifvit något utlåtande om hr A:s sinnestillstånd.

Ni vill inbilla kolleger och allmänhet att jag ingripit gent emot förmyndarne och hindrat hr Alms internering. Saken är denna. Hr Alm vill ej godvilligt gå in på hospital. Förklarad sinnessjuk af Eder, är han faktiskt värnlös och rättslös — sådan är tyvärr ställningen; därför undandrog han sig polisen. Detta skedde *innan* jag blef konsulterad. Lördagen den 9:de talade jag första gången vid hr Alm och redan måndags f. m. träffade jag, för första gången, en af förmyndarena, hvilken då meddelade, att de *af egen drift redan* bedt polisen inställa alla åtgärder tills vidare. Själf har jag hvarken medelbart eller omedelbart vidtagit någon åtgärd. Med hvad rätt hugger Ni in? Åter en förlöpning i Ert bref.

Jag har af dir. Alm fått utförlig redogörelse för de summor han under senare år skänkt bort till nära anförvandter och fattiga. De senare summorna äro enligt hans uppgift ej större än att mången kanske spelar bort sådana på några nätter.

Herr Alm har skänkt dem till fattiga och behöfvande och säger »det har varit min glädje att ge bort penningar, och jag har råd därtill.» Det är ej lätt för mig att granska, om alla dylika uppgifter äro sanna eller fullständiga. Men är det

verkligen tvingande nödvändighet att för en gifmildhet som kanske varit allt för stor, inspärra herr A., om han nu har råd ge bort några mindre summor? Den som *spelar* bort än större summor, får gå fri.

Och så, herr professor, har Ni gifvit intyg på att han är »oförmögen att själf omhänderhafva och förvalta sitt gods och sin förmögenhet». Hvarpå grundar Ni detta utlåtande? Jag kan meddela Eder, att en direktör i en ansedd bank och en medlem i styrelsen för en annan bank, med hvilka banker dir. A. haft omfattande affärsförbindelser, försäkrat mig, att herr Alm alltid med noggrannhet och skicklighet handhaft sina affärer. På begäran af mig och en bankdirektör har hr Alm upprättat en tablå öfver hela sin affärsställning. Den skall underställas sakkunnige till granskning. När detta skett, då är tid att uttala sig om hr A. är »oförmögen att förvalta sitt gods» eller ej, men icke förr. Så mycket kan jag måhända äga rätt meddela, att tablån utvisar en behållning, som jäfvar Er utsago.

Det är en farlig sak att plötsligt inspärra en affärsman, som har växlar ute, hvilka han från sitt hospital ej kan omsätta. Det är måhända rätta sättet att ruinera honom. Och jag tillropar Er edra egna ord: »Tänk Er väl för, hr professor»!

I hela denna ekonomiska sak har *jag* emellertid i öfrigt intet åtgjort.

Till sist ett ord om hans vård. Ni säger: »På ett privat hem kan endast stilla, fogliga, för sig själf och andra alldeles ofarliga sjuka med fördel vårdas». Det är då ett nöje för mig, som oupphörligen besöker dir. Alm, att vitsorda, att han under denna svåra tid just varit stilla, foglig och alldeles ofarlig. Han har ock åtnjutit nödig ro och isolering. Hans aptit, sömn och allmänbefinnande har tills dato varit fullt tillfredsställande.

Endast med harm kan jag därför tillbakavisa Eder förolämpande fråga om det är likgiltigt, huru han behandlas. Ni klandrar att jag velat taga hänsyn till hr Alms egna önskningar, rörande hans vistelseort och framkastar i sammanhang därmed den ologiska satsen: »Bör man *alltid* spörja en sinnessjuk om hans önskningar?» Jag svarar därpå naturligtvis nej. Men herr Alm spörjer jag därom, ty han har under denna pröfvande tid ådagalagt mer sinneslugn än Ni i Ert öppna bref till mig och vid vår konsultation.

Ni frågar ock hvarför jag vill tvångsisolera en person med smittosam sjukdom, men ej herr Alm. Behöfver jag erinra därom att herr Alm ej smittar någon?

Herr professor! Det smärtar mig, att en kollega, som jag städse räknat som en af mina mina vänner, kunnat framkasta så ohemula och obefogade anklagelser mot mig för det jag sökt bispringa en patient, som enträget bedt mig om vård och bistånd i en svår belägenhet. Jag böjer mig gärna för en auktoritet, som kan förebringa giltiga skäl och bevis för sin sak, men för maktspråk viker jag ej.

Till sist åter en *allvarlig protest* mot att Ni i oträngdt mål afhandlar offentligt dir. Alms psykiska tillstånd och förråder åt allmänheten konfidentiella meddelanden och uttalanden, gjorda vid vår enskilda konsultation.

Stockholm 21 febr. 1907.

Högaktningsfullt.
S. E. Henschen.

Herr professor Henschen!

Att Ni, herr professor, haft en mycket kort tid på Eder att besvara professor Gadelius bref är beklagligt. Att detta förorsakats af omständigheterna torde emellertid vara tydligt af följande:

På tisdag telefonerade prof. G. till red. med förfrågan, om han kunde få in i Läkartidningen ett öppet bref till Eder med anledning af fallet Alm. Då han ansåg det vara af stor betydelse, att denna fråga blefve snarast möjligt upptagen inför kolleger och klargjord, begärde han om möjligt få plats för sitt inlägg redan i fredagens nummer. Red. svarade härtill jakande. På onsdag förmiddag sändes af prof. G. manuskriptet till tryckeriet och på torsdag förmiddag fingo vi det af honom genomsedda korrekturet. Sedan red. tagit del af innehållet, meddelade vi Eder ofördröjligen sakförhållandet, samt att vi icke ville intaga brefvet utan Edert event. svar, hvarför vi frågade, om Ni kunde och ville till påföljande dag affatta ett sådant. Sedan Ni tagit del af prof. G:s uppsats, förklarade Ni Eder kunna till fredag middag kl. 4 lämna oss det begärda manuskriptet; härefter har Ni som vanligt själf läst korrektur.

Vi tillåta oss framhålla, att vi intagit prof. G:s bref ingalunda därför att han yrkat därpå, utan därför att vi själfva är af den bestämda öfvertygelsen, att Läkartidningen just är rätt forum att upptaga en dylik från medicinsk och kollegial synpunkt synnerligen betydelsefull fråga. Eder jämförelse mellan Läkartidningens åtgärd att intaga fackmannens,

prof. G:s inlaga, och vissa skrifverier i de dagliga tidningarna, som »frossat i sensationshistorier, grundade på osanna rykten eller förmodanden om en person, som förklarats sinnessjuk», beteckna vi utan tvekan som omdömeslös.

Red.

Från Riksdagen.

A. Ur statsverkspropositionen.

Hospitalsläkarnes löner.

Samtliga *öfverläkares* löner föreslås oförändrade utom i Kristinehamn, där lönen höjes från 6,000 till 7,300 kr. — De tre *asylläkarnas* löner höjas från 4,500 till 5,000 kr. jämte ett ålderstillägg af 500 kr. efter fem år. — I *biträdande hosp.-läkarnas* löner föreslås ingen ändring, däremot ändras fem af dessa tjänster (i Uppsala, Vadstena, Lund, Vänersborg och Piteå) till s. k. *hospitalsläkar*-tjänster, med samma lön och ålderstillägg som asylläkare; dessutom en hospitalsläkartjänst i Kristinehamn. *Underläkarnas* antal ökas från åtta till nio (näml. två i st. f. en i Kristinehamn) med 2,500 kr. i lön för kandidat (3,000 kr. för lic.). Slutligen höjes de båda *amanuens*-arvodena (i Stockholm och Lund) från 1,000 till 2,000 kr.

Statsmedicinsk anstalt.

I jan. 1897 framhöll medicinalstyrelsen i en und. skrifvelse behofvet af en statsmedicinsk anstalt, där såväl kemiska som bakteriologiska och rent hygieniska undersökningar kunde utföras. Arbetet vid en dylik institution borde omfatta dels diagnostiskt bakteriologiska undersökningar, dels tillverkning af terapevtiskt bakteriologiska medel och vacciner. Dessutom borde rättskemistens laboratorium ansluta sig till den ifrågavarande anstalten. Hösten samma år tillsattes en kungl. kommitté, bestående af medicinalrådet Wawrinsky, ordf., 1:e aktuarien i kommerskollegium Gullberg. dåvarande 1:e stadsläkaren i Stockholm Linroth, med. d:r Carl Nyström och professorn vid veterinärinstitutet J. Svensson. Till sekreterare utsågs docenten I. Jundell. Den 30 nov. 1899 afgåfvo kommitterade sitt utlåtande, hvari framhölls behofvet af en statsmedicinsk anstalt, hvars hufvudändamål vore att tillhandagå medicinalstyrelsen med sådana undersökningar, af hvilka styrelsen för fullgörande af sina viktiga uppdrag vore i behof. Oaktadt sålunda anstalten och den därstädes anställda personalen borde subordinera under medicinalstyrelsen, funnes intet hinder att en mängd icke-medicinska undersökningar af betydelse för handel, industri och landtbruk där företoges, hvarigenom anstalten kunde bilda ett centrallaboratorium för allmännyttiga ändamål. Anstalten borde omfatta tre laboratorier: ett för bakteriologiska arbeten; ett för kemiska och fysikaliska undersökningar, hörande till hygienens och farmaciens områden; ett för rättsmedicinska undersökningar. Prof. Svensson framhöll reservationsvis, att det förstnämnda laboratoriet borde upprättas med en särskild afdelning för medicinsk, och en för veterinär bakteriologi.

Öfver kommitterades betänkande hafva utlåtanden afgifvits af medicinalstyrelsen i jan. 1900 och sedermera af landtbruksstyrelsen, af veterinärinstitutets direktion och lärarkollegium, af universitetskanslern, af medicinska fakulteterna i Uppsala och Lund samt af Karolinska institutets lärarkollegium. Till sist afgaf medicinalstyrelsen den 24 nov. 1902 nytt und. utlåtande.

Sedan dess har ärendet hvilat, till dess Kungl. Maj:t den 7 sistl. november anbefallde medicinalstyrelsen att inkomma med nytt utlåtande, hvilket afgafs den 30 i samma månad.

Behofvet af en anstalt med uppgift att tillhandagå medicinalstyrelsen med erforderliga vetenskapliga undersökningar har af myndigheterna enstämmigt vitsordats.

I statsverkspropositionen hemställes om anslag å extra stat för 1908 dels 18,162 kr. för *första uppsättningen* af en statsmedicinsk anstalt, dels 3,200 kr. för lokalhyra under sista kvartalet 1908, hvarigenom nu pågående riksdag har att bestämma om anstaltens inrättande eller icke. Däremot begäres icke nu fastställande af lönestat eller anslag på ordinarie stat, då verksamheten ej kan beräknas börja förr än med ingången af år 1909.

De med den ifrågasatta anstalten förbundna *årliga* utgifterna hafva i medicinalstyrelsens senaste utlåtande beräknats för fyra laboratorier [ett medicinskt-bakteriologiskt, ett veterinär-bakteriologiskt, ett tekniskt hygieniskt (departementschefen hemställer att farmacien uteslutes ur programmet, hvarigenom en assistent å denna afd. blir åtminstone tillsvidare öfverflödig) och ett rättsmedicinskt] till 72, 925 kr., däraf hyror 12,750, aflöningar 42,600 kr., öfriga utgifter 17,575 kr.

De fyra laboratorieföreståndarnes löner upptagas till 6,000 kr. med tvänne ålderstillägg å 500 kr. Angående föreståndarnes tillsättning torde de komma att utnämnas af Kungl. Maj:t på förslag af medicinalstyrelsen efter särskilda sakkunniges hörande. För tre assistenter beräknas arvoden å 2,000 kr. jämte fri bostad, för en (den å rättsmedicinska lab:t) ett arvode å 3,000 kr. Vidare föreslås vikariatsersättning, samt löner för 4 vaktmästare och arvoden till 2 stalldrängar.

Undervisningen i kirurgi i Uppsala.

För närvarande (f. o. m. 1897) utgår å ordinarie stat 2,000 kr. om året till förstärkande af lärarkrafterna i kirurgi. Konsistoriet har nu hemställt om anslag till en e. o. professur i ämnet, kanslern har likaledes framhållit behofvet af en ny lärostol, men (i likhet med en ledamot af medicinska fakulteten) med ordinarie professur. I statsverkspropositionen hemställes emellertid — i afvaktan på den medicinska studiereformens genomförande — endast om ett anslag på extra stat af 2,000 kr., hvarigenom det nu utgående anslaget till biträdande lärare i kirurgi skulle fördubblas.

Röntgeninstitut.

Till arvode åt en föreståndare för serafimerlasarettets röntgeninstitut begäres 3,000 kr. och för biträde till denne och underhåll af instrument 2,000 kr.

För en assistent vid akademiska sjukhusets i Uppsala röntgenafdelning begäres 500 kr. till arvode.

Nybyggnader vid Karolinska institutet.

För anordnande af nya lokaler för institutets farmakologiska afdelning samt för beredande af ökadt utrymme åt de fysiologiska och histologiska afdelningarna äfvensom till inredning m. m. begäres 196,226 kr., däraf på extra stat för 1908 nittiotusen kronor.

I *lönen för yngre bataljonsläkare*

föreslås en höjning med 480 kr. till 1,500 kr.

Stipendierna för fältläkarekåren.

Liksom vid riksdagarna 1905 och 1906 föreslås, att stipendierna höjas från 600 till 900 kr. (1:a klass) och från 500 till 600 kr. (2:a klass).

Garnisonssjukhuset i Stockholm.

Den ändring föreslås i nu gällande stat, att — om samtliga underläkarbefattningar ej äro tillsatta — Kungl. Maj:t må af därigenom uppkommen besparing tilldela förhöjdt dagarvode åt beordrade extra läkare.

Marinläkarkåren.

En ny marinläkarbefattning af första graden föreslås, afsedd för kustartilleridetachementet vid Älfsborgs fästning.

Tandpoliklinik.

Förra årets riksdag beviljade 1,500 kr. till en tandpoliklinikföreståndare vid garnisonssjukhuset i Stockholm. Nu föreslås enahanda belopp för en liknande befattning vid flottans sjukhus i Karlskrona.

B. Motioner.

Herr Sven Palme, Stockholm, begär utredning om och i hvad mån läkare må kunna för längre eller kortare tid fråntagas rätten att utöfva läkareverksamhet *samt* utredning angående de villkor och bestämmelser, som samhället till sina medlemmars skydd bör stadga med afseende på medicinsk verksamhet, utöfvad af personer, hvilka icke äro läkare.

Hrr C. J. Berggren och G. M. Sandin (Värmland) begära utredning i hvad mån lättnad för mindre bemedlade sjuka å landet för erhållande af nödig läkarvård kan beredas.

D:r Knut Kjellberg, Stockholm, hemställer om utredning angående det system i fråga om apoteksväsendet, som efter år 1920 skall tilllämpas, särskildt med hänsyn till frågan, huruvida staten för egen räkning borde öfvertaga apoteksrörelsen.

Hr K. G. Karlsson, Göteborg, föreslår ett anslag af 10,000 kronor för bestridande af kostnaderna för obemedlade skrofulösa barn å hafskuranstalten å Styrsö i Göteborgs skärgård.

Samtliga inom andra kammaren.

För hrr Palmes och Kjellbergs motioner skall närmare redogörelse lämnas i ett kommande häfte.

Hvarjehanda notiser.

Jubileumsfondens sanatorier. Vid början af innev. februari månad var antalet patienter, som väntade på ledig plats vid sanatorierna, följande:

	Män			Kvinnor		
	Hålahult	Österåsen	Hessleby	Hålahult	Österåsen	Hessleby
Plats i helenskildt rum à 3,50 pr dygn	1	7	2	2	3	9
» i halfenskildt » » 2,50 » »	11	7	14	4	5	23
» i allmänt » » 1,25 » »	63	41	55	48	36	29
» i » » » 0,50 » »	67	59	63	58	26	55

Skolhygieniska undersökningar. De läkare, som äro villiga att under innevarande år utföra skolhygieniska undersökningar vid Stockholms stads folkskolor, inbjudas att före den 15 mars till öfverstyrelsen för dessa folkskolor inkomma med skriftliga förslag till dylika undersökningar, åtföljda af åtminstone approximativ kostnadsberäkning. Som bekant ha stadsfullmäktige för innevarande år anslagit 5,000 kr. till ifrågavarande ändamål.

Svenska Läkaresällskapets Sektion för medicinens Historia (medicinsk-Historiska Sällskapet i Stockholm) bildades vid sammanträde den 7 dennes. Till ordförande valdes medicinalrådet Wawrinsky, till sekreterare d:r V. Djurberg.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n: [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
En bat.-läk.-tj. v. Lifreg:tets grenadjärer[1])	25 febr.
En bat.-läk.-tj. v. Västmanlands reg:te[1])	25 febr.
Underläk.-tj:n v. Växjö hosp:s kriminalafd.[3])	25 febr.
Extra prov. läk.-tj:n i Tjörns distr.[2]) ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	27 febr.
Las.-underläk.-tj:n i Jönköping[3]) (löneförmåner: 1,800 kr. + fri bostad och kost eller 600 kr. kostpengar)	1 mars.
Reg:tsläk.-tj:n v. Södra skånska inf.-reg:tet[1])	4 mars.
Reg:tsläk.-tj:n v. Östgöta trängkår[1]) *(nyinrättad)*	4 mars.
Bat.-läk.-tj:n v. Norrlands trängkår[1]) *(ånyo* ledigförklarad)	4 mars.
Bat.-läk.-tj:n v. Östgöta trängkår[1]) *(nyinrättad)*	4 mars.
Extra prov.-läk.-tj:n i Malå distr.[2]) (tillsättes för tiden t. o. m. 1911; distr. omfattar Malå socken i Västerbottens län med 2,680 invånare den 1 jan. 05; station i Malåträsks by; lön: 3,300 kr.)	4 mars.
Las.-underläk.-tj:n i Västerås[3]) (löneförmåner: 2,000 kr. jämte fri bostad och kost)	7 mars.
Tre distr.-läk.-tj:r i Malmö (ledigförklarade på grund af ny treårsperiod)	9 mars.
En bat.-läk.-tj. v. Hälsinge reg:te[1])	11 mars.
Stadsläk.-tj:n i Falkenberg (sökes hos magistraten; lön: 1,500 kr.)	11 mars.
Extra prov.-läk.-tj:n i Högsäters distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	13 mars.
Lasarettsläkartj:n i Söderköping[1]) lön: 3,000 kr. jämte två ålderstillägg à 500 kr. och 300 kr. i semesterpengar)	18 mars.
Tre marinläk.-stip.-befattn:r (ansökan, ställd till med.-styr:n, inl. hos marinöfverläkaren)	18 mars.

Af Kungl. Maj:t utnämnda eller transporterade:

Till marinläk. af 1:a graden: marinläkarna af 2:a gr. *J. Torgersruud* och *F. V. Asklin.*

Till marinläk. af 2:a graden: marinläk. af 2:a gr. i reserven *F. A. Almroth.*

Kaptens rang har tilldelats bat.-läk. v. Värmlands reg:te *L. W. Hedblom.*

Af Med.-styr:n utnämnda och förordnade:

Till ex. prov.-läk. i Mulseryds distr. (t. o. m. 1908): ex. prov.-läk. i Grönskåra distr. *P. E. Fliser.*

Af Med-styr:n upprättade förslag:

Till *prov.-läk.-tjn i Hofva distr.* J. E. Hellsing (förord), H. W. L. Behrman, J. L. Lundkvist.

Sökande:

Till *prov.-läk.-tjn i Hofva distr.* (i ordn. efter tj:år): ex. prov.-läkarna Hellsing i Svärdsjö, Behrman i Kungsör, Lundkvist i Västra Vram, Westberg i Löfsta.

Till *extra prov.-läk.-tj:n i Dalarö distr.* (i ordn. efter tj:år): ex. prov.-

läkarna Heyman i Östervåla och Martinell i Färila, stadsläk. Wallén i Öregrund, ex. prov.-läk. Arne i Föllinge samt t. f. hosp.-underläk. E. Lange, Kristinehamn.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *A. Lagerman* t. f. stadsläk. i Gränna 14—28 febr. (t).
Aman. *E. Åberg* t. f. ombudsman i med.-styr:n till riksdagens slut.
Kand. *N. G. Marén* t. f. bitr. prov.-läk. i Uppsala distr. högst två mån. fr. 13 febr. (t).
Lic. *W. Svedelius* t. f. stadsläk. i Alingsås 13—27 febr. (t).

Död:

Biträdande provinsialläkaren i Uppsala distrikt, med. licentiaten *Axel Ernst Oskar Thedenius* afled den 18 dennes vid femtiotre års ålder.

Öfversikt af sammandragen af epidemirapporter

för halfva månaden 1—15 jan. 1907.

	Städer.					Landsbygd.				
	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa
Stockholm	—	34	48	—	82	—	—	—	—	—
Stockholms län	—	4	1	—	5	—	3	19	—	22
Uppsala	—	3	5	—	8	3	9	24	—	36
Södermanlands	1	4	5	—	10	1	2	19	—	22
Östergötlands	—	5	9	—	14	2	24	13	—	39
Jönköpings	—	—	10	—	10	1	11	24	—	36
Kronobergs	—	—	—	—	—	—	21	28	—	49
Kalmar	2	—	2	—	4	3	2	26	—	31
Gotlands	—	16	—	—	16	—	6	4	—	10
Blekinge	—	2	15	2	19	—	—	19	—	19
Kristianstads	—	1	2	—	3	—	1	30	—	31
Malmöhus	3	8	32	—	43	2	19	39	—	60
Hallands	—	3	18	—	21	—	1	78	—	79
Göteborg	4	13	17	—	34	—	—	—	—	—
Göteborgs o. Bohus	—	1	7	—	8	1	4	18	—	23
Älfsborgs	—	1	11	—	12	6	1	13	—	20
Skaraborgs	1	6	2	—	9	1	2	21	—	24
Värmlands	—	—	3	—	3	5	9	4	—	18
Örebro	—	—	1	—	1	—	21	3	—	24
Västmanlands	—	1	2	—	3	—	14	9	—	23
Kopparbergs	—	—	—	—	—	—	6	2	—	8
Gäfleborgs	—	10	5	—	15	2	19	17	—	38
Västernorrlands	—	2	5	—	7	1	24	18	—	43
Jämtlands	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Västerbottens	—	—	—	—	—	—	—	8	—	8
Norrbottens	20	—	—	—	20	—	—	15	—	15
Summa	31	114	200	2	347	28	199	451	—	678

Summa sjukdomsfall i hela riket: nervfeber 59, skarlakansfeber 313, difteri 651, rödsot 2. — *Akut barnförlamning* 4 fall, däraf 3 i Öfvertorneå distr.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 1 mars 1907.

4:e årg. | Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER. | N:o 9.

Innehåll: ERNST FORSMARK: Om exstirpation af tårsäcken. — Allmänna svenska läkarföreningens förhandlingar. — I militärläkarefrågan. — Epidemiöfversikt 1902—1906. — Offentliga underrättelser.

Om exstirpation af tårsäcken.

Af

Ernst Forsmark.

Ingen, som något sysslat med oftalmiatrisk praxis, kan undgå att lägga märke till, hvilken stor praktisk betydelse tillkommer tårvägsaffektionerna, såväl genom deras stora frekvens, de betydande besvär de vålla sina bärare och de komplikationer från hornhinnan i form af elakartade keratiter, som de ofta nog ge upphof till, som äfven genom den långvariga och smärtsamma behandling de kräfva. Är det fråga om enbart förträngning af tårkanalen, lyckas man väl alltid, att genom sondering, om den öfverhufvudtaget är möjlig och utföres med van och skonsam hand under tillräckligt lång tid, för längre eller kortare tid häfva det onda eller åtminstone att afsevärdt minska besvären däraf. Har det åter kommit till en inflammation af tårsäckens slemhinna, en dacryocystit, ställa sig utsikterna för en längre tids hälsa genom konservativ behandling medels sonderingar och genomsköljningar med desinficerade och adstringerande lösningar vida ofördelaktigare. Och särskildt är detta fallet, om det stagnerande secretet ledt till en atoni och utvidgning af tårsäcken. Denna igenkännes på en mer eller mindre stark frambuktning af huden närmast under inre ögonvrån, hvilken frambuktning försvinner vid tryck, samtidigt med att genom tårpunkterna, mycket mera

sällan genom den nasala mynningen för tårkanalen, en stor mängd varigt eller slemmigt varigt secret uttömmer sig. Ofta kan man därvid äfven konstatera en förtjockning af säckväggen; man får, om man pressar in fingerblomman under palpebralligamentet inåt bakåt mot orbitalväggen, känslan af, att en kudde ligger mellan huden och benet. Det kan ej förnekas, att man äfven i dessa fall af dacryocystit med utvidgning af säcken genom en under veckor och månader fortsatt behandling med sonderingar, sköljningar och ett flitigt utpressande af secretet från patientens sida, får detta att förlora sin variga beskaffenhet och blifva rent slemmigt, att aftaga i mängd, väl också ibland att alldeles försvinna, men då behandlingen upphört, är efter kort tid tillståndet oftast åter detsamma, och aldrig blir patienten kvitt tårflödet, då den kraft, som eljest pressar ned tårsäckens innehåll genom tårkanalen, elasticiteten hos dess vägg och hos det inre palpebralligamentet, gått förloradt. Man må sannerligen ej undra på, att en patient, som en gång underkastat sig en dylik långvarig, smärtsam och ofta nog för hans ställning kostbar, men dock så föga effektiv behandling, ej i brådkastet ånyo söker läkarhjälp, utan dröjer till dess ett phlegmone i tårsäckens omgifning eller en hypopyon-keratit tvingar honom därtill, och då kanske först, när utsikterna att rädda synförmågan å ögat redan äro förbi.

För dylika fall af dacryocystit, där erfarenheten alltså lärt, att någon varaktigare nytta af den konservativa behandlingen i allmänhet ej kan påräknas, vidare i fall, där sonderingen på grund af förändringar i benkanalen ej varit möjlig eller där den ej inom rimlig tid medfört afsedd effekt, ha sedan gammalt rekommenderats en förstöring af tårsäckens slemhinna, medels glödjärn, utskrapning eller etsmedel. Dock hafva dessa metoder på grund af sin osäkerhet, den relativt långa läkningstiden, sitt kosmetiskt mindre goda resultat, och hvad etsmedlen beträffar, äfven på grund af den därmed förbundna faran för själfva bulben så småningom allt mer fått vika för exstirpationen af hela tårsäcken. Denna operation, som redan 1724 utförts och beskrifvits af Platner, hade fullständigt råkat i glömska, då Berlin 1868 ånyo riktade uppmärksamheten på densamma. Dock dröjde det ännu länge, till mot slutet af 1880-talet, innan den vann något större antal anhängare, och först på de senare åren kan den sägas hafva blifvit allmänt bruklig vid ögonklinikerna. De män, som största förtjänsten däraf tillkommer äro Alfred Græfe, Kuhnt, Czermak och senare Axenfeld. Hvad vårt land beträffar fann

operationen år 1894 en varm förespråkare i Ahlström, som i Eira för nämnda år lämnat en redogörelse för dess indikationer och teknik. Men sedan har på svenskt språk intet därom blifvit skrifvet, och operationen synes blott sällan hafva kommit till utförande, i alla händelser långt ifrån i den utsträckning, som den verkligen förtjänar.

Orsakerna till att tårsäckexstirpationen trots sina obestridliga förtjänster så långsamt vunnit terräng hafva varit flere. Den kan ju ingalunda betecknas som en ideal behandlingsmetod, då den i stället för att återställa afloppet för tårvätskan definitivt upphäfver förbindelsen mellan conjunktivalsäcken och näskaviteten. Den kan ej heller med afseende på resultatet betecknas som fullkomligt tillfredsställande, ty i de flesta fall kvarstår tårflytningen, om också högst väsentligt förminskad, och äfven faran för infektiösa affektioner af bulben, ehuru vida mindre hotande än vid bestående dacryocystit med dess rikedom på virulenta coccer, måste anses vara större än vid normala tårvägar.

En annan omständighet, som äfven i sin mån bidragit att göra operationen mindre gouterad, var att ända till för några få år sedan narkos ansågs nödvändig för ingreppet, hvilket för de ofta nog gamla patienterna var en betänklig sak och alltid en besvärlig sådan, då operationsfältets läge gjorde, att operatör och narkotisör lågo i vägen för hvarandra.

Det viktigaste hindret för operationens spridning utgjorde dock tvifvelsutan dess tekniska svårighet, betingad af den starka blödningen, som trots aldrig så påpasslig assistans ofta hindrade operatören att se, hvad han gjorde i den trånga och relativt djupa sårhålan, ibland nödgade honom att afbryta operationen för att genom tamponad till följande dag stilla blodflödet och alltid var tidsödande. Alltför ofta hände det därför den, som ej var mera drifven i tekniken, att aflägsnandet af säcken endast blef partiellt, och de kvarvarande slemhinneresterna gåfvo då i allmänhet upphof till fistelbildning, som kräfde nya operativa ingrepp, klyfning af fisteln med följande utskrapning eller etsning.

I dessa förhållanden har på sista åren en glädjande ändring till det bättre inträdt. Först lärde man sig, att genom en lämplig application af cocain utföra operationen med enbart lokal bedöfning, om också ej fullt smärtfritt, och slutligen genom användning af den af Braun år 1903 anbefallda kombinationen af cocain med adrenalin ej blott att göra bedöfningen fullständigare, mera utbredd och varaktigare, utan äfven, hvad betydelsefullare var, att i hög grad förminska eller alldeesl undvika den besvärliga blödningen.

Genom denna liksom genom en annan mindre betydande förbättring i tekniken, den Axenfeldska subperiostala metoden[1]), hvarom mera längre fram, har tårsäcksexstirpationen i så hög grad förenklats, att jag utan tvekan vill påstå, att densamma i de fall, där pericystitisk retning ej förefinnes eller upprepade aflupna dylika ledt till abnorma sammanväxningar mellan säcken och dess omgifning, är en operation, som lätt och säkert låter sig utföras af hvar och en, som besitter kirurgisk vana. I vårt land med dess begränsade antal oftalmologer och dess stora distanser behandlas en stor mängd patienter med tårvägssjukdomar af icke specialister, så särskildt vid lasaretten och sjukstugorna. Jag är viss om, att mycket skulle vara vunnet därmed, att de kirurgiskt skolade läkarne vid dessa ville begagna sig af tårsäcksexstirpationen i därför lämpliga fall.

Indikationer för exstirpation af tårsäcken.

De dacryocystiter, som ej genom konservativ behandling kunna bringas till läkning, böra radikalopereras genom aflägsnande af tårsäcken, såvida de förorsaka patienten afsevärda besvär eller utsätta honom för farliga komplikationer. Det är gifvet, att man, utgående från denna allmänt formulerade indikation för operationen, måste i hvarje gifvet fall taga hänsyn ej blott till själfva åkommans natur, utan äfven till andra omständigheter, så framför allt till patientens sociala ställning. Sålunda böra indikationerna ställas vidare, ifall det är fråga om personer tillhörande kroppsarbetarnes klass, då dessa ofta sakna både vilja och förmåga att under långa tider göra besök hos läkaren, och dessutom genom sitt arbete äro vida mera än andra samhällsklasser utsatta för de små läsioner af hornhinnans epitel, som bilda ingångsport för infektionsämnena i hornhinnan. Detsamma gäller om aflägset boende patienter, om sådana, som lång tid gått med sin åkomma utan att göra något därför, och som följaktligen kunna antagas komma att negligera ett eventuellt recidiv, och slutligen om dem, som redan förlorat sitt andra öga. En person däremot, som befinner sig i goda ekonomiska förhållanden, som är mån om sin hälsa och i tillfälle att när som helst erhålla sakkunnig vård, har gifvetvis ej på långt när samma behof af en radikal behandling.

Oafsedt den olikhet i uppställningen af indikationerna, som betingas af ofvannämnda omständigheter, förefinnes ändå för närvarande en rätt stor meningsskiljaktighet i fråga om utsträckningen af indikationerna.

[1]) Klinische Monatsblätter f. Augenh.-k. 1903, I. s. 128.

Som *allmänt antagna indikationer* torde kunna betecknas:

1) Dacryocystit med impermeabel tillslutning af tårkanalen.

2) Dacryocystit med utvidgning af tårsäcken.

3) Andra fall af dacryocystit, där den konservativa behandlingen ej inom rimlig tid ledt till hälsa.

4) Dacryocystit i fall, där ett intraoculärt ingrepp omedelbart måste göras, t. ex. vid ett acut glaukomanfall, som ej går tillbaka för miotica, eller vid närvaron af en främmande kropp i ögat.

5) Tuberkulös dacryocystit.

Ännu omtvistade indikationer äro:

6) Kroniska dacryocystiter med varigt secret.

7) Kroniska dacryocystiter med slemmigt secret vid stark stenosering af tårkanalen.

8) Tårfistel med sedan lång tid bestående varig afsöndring.

9) Dacryocystit vid samtidig hypopyonkeratit.

10) Dacryocystit på friska sidan hos person, som har eller haft hypopyonkeratit på den andra.

11) Som förberedelse till starrextraktion eller iridektomi.

De indikationer, som för närvarande vid Serafimerlasarettets ögonklinik tillämpas, äro de i första afdelningen uppräknade.

Operationsteknik.

Innan jag öfvergår till redogörelsen för denna vill jag i korthet påminna om tårsäckens relationer till omgifningen, hvarvid jag hufvudsakligen följer den framställning däraf, som lämnats af Merkel och Kallius i Græfe-Sæmischs Handbuch der gesamten Augenheilkunde.

Tårsäcken ligger i orbitan, strax bakom den nedre delen af dess främre inre rand, i ett särskildt, väl afgränsadt fack, som inåt, till en liten del äfven framåt och bakåt begränsas af den rännformiga fördjupning i den inre orbitalväggen, som bildas af öfverkäksbenets pannutskott och af främre delen af tårbenet med dess crista lacrimalis och som nedåt öfvergår i den ossösa canalis naso-lacrimalis. Åt öfriga håll omslutes facket af mjukdelar, till största delen af det kraftiga ligamentum palpebrale, som 3—4 mm bredt uppspringer från orbitans inre rand och därifrån drager först utåt mot ögonvrån, och där, alltmer tilltagande i bredd, vänder sig bakåt för att taga fäste längs cristan på tårbenet. Nedom ligamentets främre skänkel befinner sig det svagaste partiet af tårsäckslogens vägg, i det att denna här blott består af ett ganska svagt fascieblad. Här finna vi därför en frambuktning vid ektasi af säcken, och här bana sig pericystitiska processer fram till underhudsbindväfven.

Den bakre skänkeln af palpebralligamentet förstärkes genom sammanväxnig med septum orbitale, som bakom crista lacrymalis insererar på tårbenet, hvarifrån dess fäste sedan går snedt uppåt framåt framför trochlea, på detta sätt här bildande bakre väggen i logen.

Tårsäcken utfyller nästan fullständigt den ofvan beskrifna logen, så att endast längst upptill baktill och framåt nedåt smärre spatier, utfyllda af lucker bindväf, blifva öfriga. Den är i normalt tillstånd ungefär 12 mm. lång. Öfre hälften af säckens framsida är intimt förenad med palpebralligamentet, likaså hela dess yttersida med undantag af dess nedersta del. Den öfre ändan af säcken, dess fornix, ligger i jämnhöjd med öfverkanten af ligamentet eller skjuter något litet upp öfver densamma. Nedre delen af framsida låter sig lätt lossas från den framför liggande fascian. De delar af säcken, som ligga intill orbitalväggen, adhærera ej fastare till periostet, än att man kan till största delen trubbigt frigöra dem från hvarandra, dock är förbindelsen dem emellan fastare än mellan periostet och benet.

På Serafimerlasarettet är brukligt att före en exstirpation af tårsäcken under kortare tid sondera och utskölja tårsäcken, dels för att se huruvida denna behandling möjligen ändå skulle i det gifna fallet kunna leda till hälsa, dels också för att förminska secretets virulens, och därigenom öka utsikterna för en perprimamläkning, ty det är svårt att förhindra, att vid operationen tårsäcksinnehåll utkommer i sårhålan. Nödvändig synes dock denna förberedande behandling ej vara, ty äfven från kliniker där den ej användes, äro uppgifterna om läkningen goda. Omedelbart före operationen göras upprepade utpressningar och utsköljningar af tårsäcken, lämpligen med 3 % vätesuperoxid, ty om man låter något af denna sköljvätska stanna kvar i säcken märker man lättare, om under operationen säcken skulle råka att blifva öppnad, genom utträdet af den skummande vätskan.

Efter tvättning af operationsfältet på vanligt kirurgiskt sätt åstadkommes den lokala bedöfningen genom injektion af cocain-adrenalin. Den concentrationsgrad af blandningen, som synes mig vara den lämpligaste, är $^1/_2$ % cocainlösning, försatt med 1 droppe adrenalinlösning ($^1/_{1000}$) på hvarje Pravaz' spruta. Däraf ha i allmänhet användts 3 sprutor. Den cocainmängd, som injiceras blir sålunda relativt liten, endast $1^1/_2$ cgr, och har aldrig framkallat några obehag för patienten, hvarför ej häller hittills några försök blifvit af mig gjorda att använda novocainet, som enligt uppgift i förening med adrenalin skall vara lika verksamt som en cocainlösning af

samma styrka men 6 ggr mindre giftigt. Det ligger stor vikt på, att injektionen göres omsorgsfullt och så, att äfven de djupare delarne omkring tårsäcken infiltreras. Det injektionssätt, som jag pröfvat i sammanlagdt 16 fall, och som visat sig särdeles fördelaktigt såväl hvad analgesien som äfven blodstillningen beträffar, har varit följande. Först injiceras subcutant en spruta på platsen för hudsnittet, fast i något längre utsträckning. Därpå instickes sprutspetsen strax ofvan det tydligt palpabla palpebralligamentet och skjutes under det att sprutan till hälften tömmes, så tätt intill orbitalväggen som möjligt allt längre in, till dess den stöter emot cristan på tårbenet. Sprutspetsen drages därpå tillbaka till närheten af huden och inskjutes sedan snedt utåt bakåt, med beräkning att komma på säckens yttersida, där den andra hälften af sprutans innehåll injiceras. På samma sätt fördelas den tredje sprutan på inner- och yttersidorna af tårsäckens nedre del, hvarvid sprutan instickes nedom ligamentet och riktas något nedåt. Efter 15—20 minuters väntan, då huden å injektionsstället blifvit vaxblek, kan operationen begynna. Vid exstirpationen af tårsäcken hos ett 6 månaders barn, där alltså narkos måste användas, injicerade jag $^1/_4$ timme före operationens början en spruta fysiologisk koksaltlösning, försatt med 1 droppe adrenalin, och kunde därpå utföra operationen nästan utan blödning.

Hudsnittet, ungefär $2^1/_2$ cm. långt, hellre för långt än tvärtom, bör börja 6—7 mm. ofvan palpebralligamentet, gå öfver benfästet för ligamentet och därifrån i en svag båge nedåt utåt. Axenfeld[1]) har rekommenderat att förlägga snittet ungefär 3 mm. längre nasalt än ofvan angifvits, då man därigenom säkrare skulle undvika uppkomsten af en eversion af undre ögonlockets innersta del. Detta senare har från flera håll blifvit motsagdt och synes ej häller äga någon grund för sig. Hans snittföring har däremot den olägenheten, att man gifvet läderar de stora angularkärlen och får en blödning därifrån. Såväl Axenfeld som Kuhnt[2]) låta snittet på en gång tränga in till orbitalranden, utan att åtminstone numera egentligen något synes vara vunnet därmed. Sedan hudsnittet alltså blifvit lagdt, lossas hudränderna något från den fasta sammanväxningen med palpebralligamentet, så att de kunna dragas åt sidan. För att hålla dem i sär användes lämpligen i stället för vanliga sårhakar, som alltför mycket inkräkta på det trånga utrymmet, Müllers spärrhake, ett litet blepharorstatlikt instrument.[3]) Palpebralligamentet med de från detsamma upp-

[1]) l. c.
[2]) Klinisch. Jahrbuch 1898, s. 487.
[3]) Pris hos Stockholms instrumentmakare 6,50.

springande orbicularisfibrerna ligger nu bart. Det genomskäres tätt intill benet och snittet förlänges, noga följande orbitalranden, nedåt genom det säcken täckande muskellagret och facian. Ligamentet lösdissekeras därpå försiktigt från framsidan af säcken, så att det med vidhängande muskelfibrer och facia kan dragas utåt mot ögonvrån. Den blottlagda säcken igenkännes på sin svagt glänsande gråaktiga färg. Nu öfvergår man till lossande af säckens insida. Som jag förut nämnt, låter sig denna utan större svårighet skiljas från periostet, men vida lättare är att, som Axenfeld först föreslagit, framtränga mellan periostet och benet. Detta låter sig särdeles lätt och snabbt göras trubbigt med en sluten böjd sax eller ett elevatorium. Någon risk för benets nutrition innebär ej periostets aflägsnande, ej häller riskerar man att frakturera det tunna tårbenet, om man ej går alltför hårdhändt tillväga. Man framtränger så ända bak till crista lacrimalis, men aktar sig för att lossa periostet från denna, ty därigenom öppnas den egentliga orbitan, hvilket möjligen skulle kunna ha ledsamma följder. Nu fattar man ett bredt tag i öfre delen af tårsäcken med en peang (en hakpincett sönderrifver alltför lätt den ofta nog sköra säcken), utöfvar med denna en kraftig dragning nedåt framåt och lösgör, till största delen trubbigt, fornix af säcken. Nu återstår det vanskligaste, lossandet af yttre väggen, som särskildt i omgifningen af tårkanaliklarnes inmynningsställe är intimt förenad med palpebralligamentet. Under det att operatören själf med peangen fästad något längre ned på säcken än förut, för densamma mot näsan, låter han assistenten draga den fripreparerade främre ligamentsskänkeln kraftigt utåt och genomklipper med små försiktiga saxklipp kanaliklarne och öfriga förbindelser. Sedan större delen af säcken sålunda är frigjord, ställer sig operatören, som förut stått framför patienten, vid dennes hufvudända, lyfter fram tårsäcken och genomklipper periostet, som spänner sig från dess bakre vägg till crista lacrimalis. Därpå friprepareras trubbigt säckens nedersta del och den membranösa tårkanalen, så långt ned i benkanalen, som låter sig göra, där den genomklippes. Nu inlägges i sårhålan en i vätesuperoxid indränkt kompress för att befria den från blod och möjligen utträngdt tårsäcksecret, och under tiden granskas tårsäcken för att konstatera, att den är fullständig. Skulle så ej vara, får man genom inspektion af sårhålan söka reda på det felande och aflägsna det med sax eller skarp slef. Om tårkanalen förut ej blifvit sonderad, är det måhända lämpligt, att efter säckens aflägsnande nedföra en sond i näsan eller med en liten skarp slef utskrapa kanalen för att möjliggöra sårsecretets aflopp ned

i näsan. Utskrapningen är dock säkerligen smärtsam, ty så långt ned sträcker sig ej analgesien. Därpå sutureras hudränderna omsorgsfullt, hvarvid man enligt Schirmer[1]) bör noga aktgifva på, att ej inre ögonvrån drages nedåt, då besvärande tårflöde lär blifva följden Ligamentet behöfver ej ånyo fästas vid benet. Som nämndt, är det intimt förenadt med huden, och det synes mig sannolikt, att det därför genom enbart hudsuturerna hålles i sitt ursprungliga läge och där fastväxer. Och äfven om så ej skulle ske, synes detta dock ej medföra de olägenheter, ett utryckande af inre ögonvrån och en förändring af ögonlocksspringans form, som från en del håll uppkonstruerats, ty andra operatörer, så Wagenmann[2]) exstirperar regelbundet ligamentets främre skänkel. Någon särskild behandling af kanaliklarne är ej behöflig. Förbandet bör läggas så, att det utöfvar ett stadigt tryck och såmedels i möjligaste grad förminskar sårhålan. Vid de dagliga omläggningarne sedermera kan man genom försiktigt tryck på såret uttömma sårsecretet i conjunctivalsäcken och aflägsna det. På 5:te dagen kunna suturerna tagas och på 6:te förbandet aflägsnas. Ärret är efter kort tid knappt märkbart.

På i hufvudsak ofvanbeskrifna sätt har jag genom resp. klinikchefers välvilja varit i tillfälle att på d:r Nordensons klinik, där jag först såg lokalanæsthesi användas, och på Serafimerlasarettet utföra 18 tårsäcksexstirpationer, af dessa 16 för dacryocystit med ectasi, en för tårfistel och en för dacryocystit med impermeabel tårkanal. Samtliga hafva läkts per primam. Eljest förekomma nog i litteraturen uppgifter om uteblifven per primam-läkning, men då flertalet af dessa härröra från en tid, då tekniken ej nått den fulländning som nu, böra de ej afskräcka. Gifvet är dock, att upprepade eller långvariga inflammationsprocesser i säckens omgifning kunna leda till svålbildningar, som i hög grad försvåra och vanskliggöra en totalexstirpation af säcken. Just i dessa fall torde den Axenfeldska subperiostala metoden komma att visa sig mest till sin fördel. Det är af vikt, att i fall, där en pericystit föregått, genom lämplig behandling, incision i händelse af abscessbildning och eljes medels sköljningar och våtvarma omslag få denna att fullständigt försvinna, innan man skrider till operation, ty om ett äfven ringa inflammatoriskt ödem kvarstår, blifva, som jag själf haft tillfälle att iakttaga, såväl analgesi som blodstillning otillfredsställande. Förefinnes en fistel excideras eller utkrapas denna vid operationen.

[1]) Archiv für Ophthalmol. 1903 s. 283.
[2]) Ibidem, 1899, s. 21.

Resultat.

Den största fördelen, som genom operationen kommer patienten till godo, är utan gensägelse befrielsen från den ständiga infektionsfara, som förut hotade ögat från det på virulenta bakterier oftast rika tårsäckssecretet. Undersökningar af conjunctivalsäcken hafva visserligen visat, att antalet af de bakterier, som där finnas vid exstirperad tårsäck, är betydligt större än vid normala tårvägar[1]), som var att vänta, då den ständiga ström af steril och antiseptiskt verksam tårvätska, som under normala förhållanden befriar conjunctivalsäcken från inkomna bacterier, nu ej mer förefinnes. Men den stora mängden af de funna bacterierna hafva ej visat sig pathogena, och de af desssa senare, som funnits, ha i regeln ägt en blott svag virulens, förutsatt att ej conjunctivit eller blepharit förefunnits. De slutsatser, som dessa bakteriologiska undersökningar berättiga till, hafva till fullo bekräftats genom den stora mängd af intraoculära ingrepp, som med lyckligt resultat gjorts efter tårsäcksexstirpationer, under det att en befintlig dacryocystit ju som bekant nästan ofelbart leder till suppurativa processer i cornea eller ögats inre. En andra vinst är att den kroniska conjunctivit och blepharit, som ofta åtföljer dacryocystiten, efter operationen antagligen självmant eller genom lämplig behandling försvinner.

Hvad tårflödet beträffar, så är detta första tiden efter förbandets afläggande i regel rikligt, men plägar efter kortare tid, i samma mån som conjunctivalretningen försvinner, aftaga och slutresultatet är i regel det, att den opererade endast vid vistelse ute, under förhållanden som normaliter framkalla en ökad tårafsöndring, sålunda vid kallt och blåsigt väder, generas af tårflöde, under det att detsamma inomhus är helt obetydligt, eller enligt patienternas uppgift alldeles saknas. Detta senare hafva undersökningar gjorda af Schirmer[2]) visat ej vara riktigt. Äfven hos de tårsäcksexstirperade äger en kontinuerlig tårsecretion rum och så pass riklig, att den ej uppväges enbart genom afdunstningen från ögats yta. Den småningom ökade tårvätskan i conjunctivalsäcken samlar sig under loppet af en eller annan timme i lacus lacrimalis och framkallar en känsla af fuktighet, som kommer personen i fråga att med handen borttorka den, ofta nog utan att han själf ägnar någon uppmärksamhet däråt.

Den opererade är sålunda i allmänhet vis à vis tårflödet betydligt gynnsammare ställd än den ännu med dacryocrystit

[1]) Plaut och v. Zelewski, Klinische Monatsbl. f. Augenhk. 1901, s. 368.

[2]) l. c.

behäftade. Det gifves dock enligt uppgifter i litteraturen en rätt afsevärd mängd fall, där tårflödet utan påtaglig orsak, conjunctivit eller misställning af ögonlocksränderna, alltjämt kvarstått. För sådana fall har man i exstirpationen af tårkörteln funnit ett säkert medel att undanrödja detta obehag. Tårkörteln består som bekant af en öfre del, pars orbitalis, belägen under den öfre yttre delen af orbitans rand, och en mycket mindre pars palpebralis, belägen omkring utförsgångarne för den förre, omedelbart öfver den yttre delen af öfre fornix, som den frambuktar, om man everterar ögonlocket och låter patienten se starkt nedåt nasalt. En del operatörer aflägsna den ene, andra den andra delen. Det minsta ingreppet är gifvetvis exstirpationen af den palpebrala delen och den synes äfven vara vanligast. Den enda betänkligheten, som ställer sig däremot, är, att om hela denna del af tårkörteln aflägsnas, så öfverskäras därvid alla eller så godt som alla utförsgångarne för den orbitala delen, hvarpå denna atrofierar, som de Wecker, hvilken år 1888 först anbefallde operationen, äfven framhållit. Nu är det säkert, att i regel conjunctivas eget secret och de små accessoriska tårkörtlarne längs fornices äro tillräckliga att skydda bulbens yta för intorkning, men det finnes dock ett och annat fall meddeladt, där efter en förstöring eller exstirpation af hela tårkörteln en lätt grad af intorkning visat sig å cornea, och därför torde det vara rådligast, att, om man väljer den palpebrala operationen, ej göra den total.

Allmänna svenska läkarföreningens förhandlingar 1906.

Styrelsens förhandlingar den 31 december 1906.

— Anmäldes att, sedan föreningen blifvit uppsagd till afflyttning den 1 oktober 1906 från sin lokal, Blasieholmstorg 9, ny lokal förhyrts i huset n:o 24 Fredsgatan, och skulle såväl Stockholms läkarförening som A.-B. Läkartidningen, hvilka förklarat sig villiga härtill, fortfarande disponera den således förhyrda lokalen.

— Anmäldes att ordföranden å föreningens vägnar den 29 augusti afsändt telegrafisk hälsning till Semmelweisjubileet i Buda-Pest.

— Utsågs 1:ste provinsialläkaren *A. Larson*, Gäfle, med doktor *G. Hedrén* som suppleant att under år 1907 fortfarande

representera Allmänna svenska läkarföreningen i A.-B. Läkartidningens styrelse.

— Föredrogs skrifvelse från Lunds läkarförening med öfverlämnande af stadgar, antagna den 24 november 1906, samt anmälan om föreningens önskan att ingå som lokalförening i den allmänna föreningen, och beslöt styrelsen, då den ifrågavarande föreningens syften, enligt hvad de företedda stadgarna utvisade, öfverensstämde med de i § 1 mom. a. för den allmänna föreningen angifna, att inregistrera Lunds läkarförening såsom lokalförening.

Allmänna svenska läkarföreningens förhandlingar år 1907.

Styrelsens beslut den 20 januari 1907.

— Föredrogs framställning från doktor J. Wahlström, Uppsala, att styrelsen måtte låta trycka en förteckning öfver medlemmarne i Allmänna svenska läkarföreningen, på det att ambitionen att tillhöra föreningen härigenom måtte befordras, och beslöt styrelsen, med hänsyn till de utgifter, som måste antagas blifva förenade med en sådan förteckning och då enahanda syfte kunde vinnas medelst utgifvandet af förteckningar öfver de lokala föreningarnes medlemmar, att den af herr Wahlström gjorda framställningen icke skulle föranleda åtgärd.

— Redogjorde skattmästaren för Skaraborgs län och Älfsborgs läns läkarföreningars gemensamma förslag om bildandet af en Sveriges läkare omfattande sjukhjälps- och understödsfond, och beslöt styrelsen i betraktande af frågans svårlösta beskaffenhet och ekonomiska vanskligheter att genom anordnande vid nästkommande allmänna läkarmöte af ett föredrag i ämnet af sakkunnig person söka gifva föreningens medlemmar en öfversikt af ärendets innebörd.

— Föredrogs skrifvelse från Värmlands läkarförening innehållande, dels redogörelse för de förslag, som blifvit framställda att förhindra utbjudandet af patent- och humbugsmedicin inom detta län, dels ock framställning att Allmänna svenska läkarföreningens styrelse måtte vidtaga de åtgärder, som kunde finnas lämpliga, och beslöt styrelsen, som ansåg denna fråga lämpligast böra framföras inom riksdagen eller, därest detta icke blefve fallet, inom hvarje lokalförening för sig, i anled-

ning häraf att afskrift af ofvanberörda skrifvelse jämte bilaga skulle tillställas såväl lokalföreningarne som de läkare, hvilka voro ledamöter af riksdagen.

— Företogs till behandling från Nykterhetsvännernas Allmänna sjuk- och begrafningskassa inkommen framställning om föreningens medverkan till åstadkommandet af ett formulär till intyg för sjukkassa tillhöriga medlemmar, som gjorde anspråk på understöd för vistelse vid kurort, och beslöt styrelsen att ärendet skulle till fullmäktiges pröfning hänskjutas.

— Redogjorde skattmästaren för Allmänna svenska läkarföreningens fonders ställning den 31 december 1906, och beslöt styrelsen att reservfonden skulle den 31 december 1906 godtskrifvas kr. 28,41 utgörande ett års ränta efter 4 % å kronor 710,32 eller den summa, som utgjorde dispositionsfondens skuld till reservfonden vid 1906 års början.

— Beslöts, sedan herr Söderbaum redogjort för den lokala bestyrelsens öfverläggningar i ärendet,

att det 13:de Allmänna svenska läkarmötet i Sundsvall skulle äga rum den 8—10 juli,

att arbetena vid mötet skulle fördelas på allmänna sammanträden och på 2 sektioner, en för provinsialläkare och en för stadsläkare.

att mötesafgiften skulle utgå med 12 kronor för hvarje svensk deltagare och med 5 kronor för åtföljande familjemedlem samt att utländska deltagare skulle vara från mötesafgift befriade.

att till diskussionsämnen vid mötet skulle upptagas bl. a. följande frågor:

»Om appendiciten ur kirurgisk och medicinsk synpunkt».

»Om läkarintyg för inträde å lärareseminarium och för anställning som lärare vid allmänt läroverk».

Om angifvandet af dödsorsak i dödsbevis samt om sammanställningen af dödsorsakerna».

— Uppdrogs åt ordföranden att närmare bestämma om mötets program och låta utdela detsamma, och att föranstalta om annonsering af mötet i medicinska tidskrifter.

— Antogs doktor Hj. Forssner till biträdande sekreterare vid mötet och till redaktör af dess förhandlingar.

— Skulle fullmäktige kallas att sammanträda i Stockholm Kristi himmelsfärdsdagen den 9 maj 1907.

(Insändt).

Om militärläkarebanan.

I händelse Red. ej anser ämnet redan ha tagit för stort utrymme af Läkartidningen i anspråk, vågar jag anhålla om plats för ännu ett par rader i anledning af d:r Asks uppsats i n:r 3. Då han i åtskilliga hänseenden tyckes dela min mening och i andra begår påtagliga öfverdrifter, skall jag ej bli lång. Jag utgår därvid från den förutsättningen, att vi hålla oss till den snart förestående tid, då trupperna installerats å sina definitiva förläggningsplatser, för hvilka förhållanden särskildt en blifvande lönereglering bör vara beräknad. D:r A. hämtar upprepade gånger sina bevis från nuvarande, visst ej behagliga men dess bättre snart svunna öfvergångsperiod.

Viktigaste meningsskiljaktigheten tyckes mig vara den gamla tvistepunkten, huruvida militärläkaren bör medgifvas ha civil praktik eller ej. D:r A. säger, att »nödig tid ej får finnas öfrig för annan verksamhet än den militära». Han tillägger visserligen: »under den stora del af året, man är i tjänstgöring», men då detta inom kort väl blir hela eller så godt som hela året, förordar han således bestämdt det senare alternativet. Häremot vill jag afge min allra bestämdaste reservation. »Militärläkarens verksamhet är onekligen mycket ensidig», säger Medicinalstyrelsen i ett utlåtande år 1888, och visst är, att om vi skola förbjudas civil verksamhet, kommer snart vår duglighet som läkare att sjunka till skada såväl för armén, som ej minst för vårt eget anseende. D:r A. teoretiserar, att tiden omöjligt räcker till härför. Jag håller mig till det faktum, att ett flertal af våra mest ansedda militärläkare med tjänstgöring året om utöfva vidsträckt civil praxis.

De 8 timmarnes arbetsdag, tror jag, kunna ej så litet reduceras, särskildt sedan vi kommit i garnison. Af de 50 klienterna å sjukvisitationen äro endast ett fåtal nya eller i behof af mera ingående undersökning, hvadan 2—3 timmar för densamma endast undantagsvis lär erfordras. Af praktiska skäl *bör* den ej ens få räcka så länge. Äfven på tiden för sjukhusronderna vill jag pruta. Så olycklig att samtidigt ha sjukbärare-, sjukvaktare och sjukvårdssoldatskola har jag aldrig varit. Därjämte komma väl dessa skolor ej att pågå mer än någon del af året. Få vi, som jag hoppas, dugliga sköterskor anställda vid militärsjukhusen, bör detta enligt d:r A:s egen utsago än mer lindra läkarens undervisningsskyldighet. Kanske skall ock den dag komma, då det anses slösaktigt att för hvarje mobiliseradt infanteriregemente beräkna 48 man utvaldt folk och bestå dem 8, kanske 12 månaders utbildning endast för att bära sårade. Deras öfriga arbete lär ej bli stort värdt.

Kommenderingarne utom regementets stånd bortfalla till största delen, sedan kaserneringen genomförts.

Slutligen är att hågkomma, det arbetet skall fördelas på 2 à 3 läkare, ej åligga endast en, såsom man af d:r A:s framställning skulle vara frestad att tro.

Med ofvanstående vill jag ej alls hafva sagt, att det icke för den militära halso- och sjukvården vore önskvärdt, om åtskilliga bland oss ägnade mera tid däråt, utan endast att tillfälle till enskild praxis därjämte kan och bör erhållas.

D:r A. säger, att flertalet regementen förläggas till små, oansenliga orter. Härmed förhåller sig så, att af 51 regementen och kårer (fortifikationen ej medtagen) 32 ha förlagts till residensstäder, rörande 8 är ännu ej afgörande träffadt, och endast 11 ha hänvisats till andra platser.

hvaribland dock märkas t. ex. Helsingborg och Ystad, som ju efter våra förhållanden ej äro så oansenliga.

Beträffande lönefrågan anser jag fortfarande en ändring af det absurda förhållandet, att regementsläkare har kaptens lön, vara för kåren i sin helhet viktigaste önskemålet ej minst med tanke på däraf följande ökning af pensionen äfvensom de vid äldre år för flertalet stegrade lefnadsomkostnaderna. Jag håller före, att detta äfven skulle hafva ett godt inflytande på kårens rekrytering, liksom provinsialläkarnes relativt stora pension mer än något annat ökat tillströmningen till denna bana. Kunna därjämte de yngre få höjd lön, vore det dem väl unnadt. Att jag ej tycker dem vara så vanlottade kan bero på en jämförelse med förra lönestatens ej till hälften uppgående förmåner.

Afdragen å lönen har jag ej funnit så betungande, då jag annars måste betala långt mer för att genom lifförsäkringar bereda mig själf och de mina motsvarande trygghet för framtiden.

Att söka arbeta på vår kårs höjande och förbättrade villkor åt densamma synes mig mycket lofvärdt, men att genom öfverdrifter vilja afskräcka unga medici från att ägna sig åt den militära banan finner jag egendomligt, helst af en så intresserad militärläkare, som jag har anledning tro d:r Ask vara.

Elfdalen den 26 jan. 1907.

Arvid Gullström.

Fall af difteri, skarlakansfeber och nervfeber i hela riket 1902—1906.

	1902	1903	1904	1905	1906
Difteri:					
1:a kvartalet	5,736	3,729	3,641	5,831	4,914
2:a »	3,253	2,929	3,144	4,346	3,185
3:e »	2,566	3,048	3,462	3,570	2,952
4:e »	3,440	4,227	6,241	5,450	4,372
hela året	**14,995**	**13,933**	**16,488**	**19,197**	**15,423**
däraf i städerna	3,212	2,758	3,571	5,460	4,935
på landsbygden	11,783	11,175	12,917	13,737	10,488
Skarlakansfeber:					
1:a kvartalet	3,449	2,010	2,051	4,228	2,888
2:a »	2,483	1,734	1,504	3,282	2,130
3:e »	1,405	1,335	1,529	1,862	1,331
4:e »	2,163	2,003	2,998	2,316	1,817
hela året	**9,500**	**7,082**	**8,082**	**11,688**	**8,166**
däraf i städerna	2,762	2,123	2,781	4,120	2,976
på landsbygden	6,738	4,959	5,301	7,568	5,190
Nervfeber:					
1:a kvartalet	481	363	302	255	405
2:a »	380	311	331	402	323
3:e »	393	480	581	1,174	642
4:e »	274	422	643	489	411
hela året	**1,528**	**1,576**	**1,857**	**2,320**	**1,781**
däraf i städerna	381	434	608	1,037	675
på landsbygden	1,147	1,142	1,249	1,283	1,106

Offentliga underrättelser.

Ledige tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes; [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Las.-underläk.-tj:n i Västerås[3]) (löneförmåner: 2,000 kr. jämte fri bostad och kost)	7 mars.
Tre distr.-läk.-tj:r i Malmö (ledigförklarade på grund af ny treårsperiod)	9 mars.
En bat.-läk.-tj. v. Hälsinge reg:te[1])	11 mars.
Stadsläk.-tj:n i Falkenberg (sökes hos magistraten; lön: 1,500 kr.)	11 mars.
Extra prov.-läk.-tj:n i Högsäters distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	13 mars.
Lasarettsläkartj:n i Söderköping[1]) lön: 3,000 kr. jämte två ålderstillägg à 500 kr. och 300 kr. i semesterpengar)	18 mars.
Tre marinläk.-stip.-befattn:r (ansökan, ställd till med.-styr:n, inl. hos marinöfverläkaren)	18 mars.
Distr.-läk.-tj:n i Norrköpings stads norra distr. (ledigförklarad på grund af att tiden för nuv. inneh:ns förordnande utgått)	20 mars.
Underläk.-tj:n vid sjukhuset Eira, Stockholms stads och läns sjukhus (tillträdes 1 april; löneförmåner: 2,100 kr. jämte fri bostad; ansökan, ställd till sjukhusets direktion, inlämnas å sysslomansexp. Handtverkargatan 13)	25 mars.

Af Med.-styr:n utnämnda och förordnade:

Till ex. prov.-läk. i Frostvikens distr. (fortf. t. o. m. år 1911): lic. *G. A. Hassler.*
Till las.-underläk. i Visby (t. o. m. år 1909): lic. *A. F. Warberg.*

Af vederbörande myndigheter antagna:

Till järnvägsläk. Bispgården—Sollefteå (fortfarande fem år fr. 1 mars): reg:tsläk. *J. Lindskog.*

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Bat.-läk. i reserven *A. T. Fischer.*

Af Med-styr:n upprättade förslag:

Till *öfverläk.-tj:n vid kirurg. afd:n af lasarettet i Falun (nytt* förslag, sedan A. R. Warholm återtagit sin ansökan): N. W. Åkerblom, L. J. F. Zackrisson, C. G. A. Adlercreutz.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

1:e marinläk. *Setterbom* t. f. stadsläk. i Vaxholm 10 febr.—9 mars (t).
Kand. *Gunnar Hallgren* t. f. prov.-läk. i Trosa distr. 18 mars—16 maj (s).
Fältl.-stip. *C. Hiort af Ornäs* ex. läk. vid Vaxholms gren.-reg:tes skolor till bev.-rekrytmötets början.
Kand. *E. Wemer* t. f. ex. prov.-läk. i Charlottenbergs distr. 18 febr.—31 mars (t).
Kand. *H. Wennerberg* t. f las.-underläk. i Malmö 18 febr.—8 mars (t).
Kand. *Arnold A:son Arnold* t. f. asylunderläk. i Lund (v).

Död:

Innehafvaren af apoteket i Hörby *P. V. Henschen* afled den 20 februari vid 63 års ålder.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 8 mars 1907.

4:e årg. | Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER. | N:o 10.

Innehåll: GOTTFRID TÖRNELL: Om trycket i skolböcker. — JOHAN ALMKVIST: Om användandet af steril pasta vid sondering. — M. ABDELL: Ett fall af höggradig difteritisk förlamning. — Från Riksdagen. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelse. — Epidemiöfversikt.

Om trycket i skolböcker.

Af

Gottfrid Törnell, Hvetlanda.

I Kungl. Maj:ts nådiga stadga för rikets allmänna läroverk af den 18 februari 1905 lämnas i § 62 följande föreskrift: »i fråga om läro- och läseböcker bör tillses att deras utstyrsel med afseende på papper, tryck och afbildningar motsvarar de fordringar, som en omsorgsfull vård af lärjungarnas synsinne påkallar. Detsamma gäller i tillämpliga delar öfrig vid undervisningen använd materiel». Så vidt jag kan fatta stadgan tillhör denna inspektion af skolböckerna skolläkaren. Detta säges visserligen ej bestämdt, men torde skolläkaren vid ett läroverk vara den ende kompetente att företaga sådana undersökningar. F. ö. nämnes i sista mom. af § 161, som handlar om skolläkarens skyldigheter, att »han skall bidraga till iakttagande af i §§ 56—66 gifna föreskrifter». Att »bidraga» till att efterse att skolbokstrycket är tillfredsställande torde härvid blifva att efterse själf.

Enligt § 168 skall läroverksöfverstyrelsen mottaga förslag från ämneskonferenserna om nya läroböcker, men antagligen afses därmed endast att bedöma läroböckernas lämplighet från pedagogisk synpunkt, ej alls ur hygienisk.

Det är ett svårt och grannlaga arbete, som sålunda blifvit lagdt i skolläkarnes händer. Lätt kan hända att bland Sveriges många skolläkare åsikterna om en skolboks lämplighet från

skolhygienisk synpunkt äro helt olika och kan då så ske, att på läkarens anmodan rektor vid ett läroverk kasserar en lärobok, som vid ett annat anses lämplig.

Hvad jag nu sagt gäller de allmänna läroverken. Vid öfriga skolor — seminarier, tekniska elementarskolor, flickskolor och folkskolor — finnas inga alls bestämmelser om skolböckers tryck.

Undersökning af boktrycket i samtliga skolor bör ske på *ett* ställe af därtill kompetent person, och är detta i sin mån ännu ett skäl att påyrka inrättandet af en centralmyndighet för skolhygien, såsom jag förut framhållit i mitt år 1905 utkomna arbete om skolläkare. En skolhygienisk centralmyndighet är den enda, som kan äga den rätta kompetensen såväl i denna som i öfriga skolhygieniska frågor, och den enda, som med kraft och auktoritet kan genomföra hvad som i skolhygieniskt afseende kan vara af nöden.

De fordringar, som ställas på trycket i en skolbok, äro ganska väl preciserade, tack vare förnämligast H. Cohns grundläggande arbeten i detta ämne.

Jag vill göra en sammanfattning af det viktigaste i denna fråga, såsom den föreligger i mig tillgänglig *skolhygienisk* litteratur. Kanhända sådant referat kan vara till nytta för en eller annan skolläkare, hvilken själf saknat tid eller tillfälle att taga del af litteraturen.

Att dåligt tryck i böcker och tidningar i sin mån, likasom annat, som tvingar till öfvermått af närarbete, kan bidraga till utvecklande af närsynthet framhölls redan af v. Arlt år 1865. Skolarbetets inflytande på närsyntheten har vidare studerats af Javal, Ad. Weber m. fl., men är det Hermann Cohn äran tillkommer att genom sina vidlyftiga undersökningar hafva ådagalagt, att dåligt tryck högst betydligt ökar mängden af närsynta.

Redan 1880 framlade Cohn sina åsikter om minsta tillåtliga måttet för tryckets storlek. År 1902 offentliggjorde han i ett föredrag inom Föreningen för skolhygien i Berlin en enkel metod för pröfning af trycket, och följande år utkom ett arbete af honom med titel: Wie sollen Bücher und Zeitungen gedruckt werden, i hvilket han grundligt utvecklar sina åsikter och beskrifver den nya metoden.

Om trycket i skolböcker gäller hufvudsakligen följande.

En boks läsbarhet är beroende af följande omständigheter, nämligen:

1) bokstäfvernas storlek;

2) afståndet mellan bokstäfvernas enskilda delar från hvarandra;

3) afståndet mellan de särskilda bokstäfverna i ett ord (approchen);

4) distansen mellan den undre randen af den öfre raden och öfre randen i nedre raden (Durchschuss, Interlignage, Mellanslag);

5) längden af raderna;

6) bokstäfvernas form.

I A-B-C-boken skola de korta bokstäfverna (n tages vanligen som normalbokstaf) hafva en höjd af 4 mm., småningom sjunkande till 3 eller 2 mm. I de böcker, som användas under andra läsåret, bör höjden vara 2 mm., i skolans mellanklasser 1,75 mm., i de högre klasserna 1,50—1,75 mm.

Afståndet mellan bokstäfvernas enskilda delar från hvarandra bör vara dubbelt så bredt som stilarnas grundsträck. Grundsträcket bör vara 0,25—0,30 mm. tjockt.

Afståndet mellan de särskilda bokstäfverna i ett ord (approchen) bör vara 0,50—0,75 mm., får ej understiga 0,50 mm. I annat fall kunna de särskilda bokstäfverna icke tydligt och lätt skiljas från hvarandra.

Distansen mellan den undre randen i öfre raden och öfre randen i nedre raden af de små bokstäfverna (mellanslaget) bör mäta 2,5—3 mm. Är afståndet mellan raderna mindre än 2,5 mm., uppstår svårighet att läsa från en rad till den nedanför stående.

Längden af raderna bör ej öfverstiga 90, vid finare stil ej 100 mm. I annat fall blir ögonens rörelse vid läsning för stark. Antalet bokstäfver i en rad bör vara högst 60—70, d. v. s. på en cm. bör komma ungefär 6 bokstäfver.

För att trycket skall kunna framträda tydligt och skarpt bör, utom upptill och nedtill på sidan, en bred hvit rand finnas på båda sidor om det tryckta.

Hvad slutligen beträffar bokstäfvernas form bör latinsk stil eller s. k. antiqua föredragas framför tysk stil eller fraktur på grund af antiquastilens enkla, klara och lätt åtskiljbara former.

Pärl- och nonpareilletryck böra aldrig tillåtas i skolböcker, icke ens i förklaringar och anmärkningar. Af vikt är att tydligt, ordentligt tryck användes i sådana böcker, som behöfvas vid inlärande af främmande språk, och gäller detta särskildt när språket har nya bokstäfver, såsom t. ex. i grekiska.

Trycket måste vara djupt svart under möjligast likmässig fördelning af färgämnet.

Papperet skall ej vara genomskinligt, på sin höjd 0,075 mm. tjockt, hålla möjligast litet träämne, hafva glatt, men

icke glänsande yta. Papperets färg skall vara rent hvit; enligt Javal är dock svagt gul, enligt A. Weber svagt grå tillåtlig.

Äfven i skolatlaser och i ordböcker bör trycket vara tillfredsställande. Åtminstone i de lägre klasserna böra kartorna återgifva enkla och klara framställningar af de särskilda länderna, samt hålla jämförelsevis på namn. Kartorna böra ej innehålla för mycket på en gång, sålunda ej på samma gång statsindelning, städer, floder, berg, järnvägsnät och landsvägar. Bokstäfvernas höjd får ej understiga 1 mm.; bör gärna vara 1,5 mm.

Äfven i ordböcker för skolbruk böra Cohns fordringar genomföras, så äfven i tillämpliga delar beträffande räkneböcker.

Schubert har vid pröfning af tryck infört termen trycktäthet (Druckdichtigkeit) och menar han därmed antalet af inom ett bestämdt rum befintliga bokstäfver. Han vill på en kvadratcentimeter hafva högst 15 bokstäfver.

Ofvan nämnda af Cohn år 1902 anvisade enkla metod för pröfning af boktryck grundar sig på antalet tryckrader inom ett visst rum.

Hans apparat består af ett 10 cm. långt kort af papp, hvari finnes utskuret ett hål, hållande en kvadratcentimeter. Tvänne af kvadratens sidor äro indelade i millimeter och halfva millimeter.

Med kortets längd mäter man radernas längd, med den utskurna kvadraten deras täthet. Cohn anser trycket otillfredsställande, då mer än tvänne rader synas i kvadraten. I denna apparat har Roller vidtagit den lilla modifikationen att han på en icke uppgraderad sida i kvadraten uppritat ett sträck af 0,30 mm:s tjocklek, stående vinkelrätt mot sidan. Genom detta bestämmes lätt och hastigt grundsträckens i bokstäfverna ungefärliga tjocklek.

En hel mängd undersökningar hafva blifvit gjorda för att bedöma, huruvida skolböcker motsvarat Cohns minimifordringar på godt tryck, de senare åren äfven med användande af Cohns »radräknare».

De därvid funna resultaten äro från skolhygienisk synpunkt ej synnerligen tillfredsställande, i det att de visa hög procenthalt af dåligt tryck.

Nedanstående tabell öfver sådana undersökningar utgör en sammanställning af Neuburger vid första skolhygieniska kongressen i Nürnberg 1904.

		I	II	III
Cohn, (Berlin 1902,	50 böcker)	16	32	52
Cohn, (Breslau 1902,	50 »)	26	32	42

		I	II	III
Blasius, (Braunschweig 1881,	300 böcker)	15	64	21
Roller, (Darmstadt 1903,)				
a) folk och elementarskolor		39,5	6,5	54
b) högre läroanstalter		10,5	31,5	58
Schubert, (Nürnberg 1882,	70 »)	37	46	17
Schubert, (Nürnberg 1893,	105 »)	36	50	14
Neuburger, (Nürnberg 1898,	150 »)	31	56	13
Neuburger, (Nürnberg 1904,	94 »)	25,5	63	7,5

Siffrorna under I, II och III angifva procenten. Med I menas sådant tryck, som fullt motsvarar Cohns fordringar, med II sådant tryck, som delvis motsvarar dem, och med III sådant tryck, som ej alls gör detta. Med delvis (II) menas, att somligt tryck i boken fullt motsvarar Cohns fordringar, somligt, exempelvis anmärkningar, ordlista och dyl., icke.

I Zeitschrift für Schulgesundheitspflege för år 1905 refereras undersökningar af Graupner i Dresden och Eliasberg i Vitebsk. Graupner undersökte 221 skrifter med en minimifordran af 1,5 mm:s bokstafshöjd (af n) och 2,5 mm:s mellanslag, och tillfredsställde 25 % icke nämnda fordringar. Af böcker, som voro afsedda för barn om 13 års ålder och därutöfver, visade 33 % dåligt tryck. Af billiga upplagor voro 40 % otillfredsställande.

Eliasberg undersökte 52 handböcker och läroböcker, som användes vid skolorna i Vitebsk och voro af dessa 3—5,7 % tillfredsställande, 6—11,5 mycket dåliga (3—4 rader på kvadratcentimetern i Cohns radmätare), 2—3,2 % mer eller mindre tillfredsställande (text 2 rader, anmärkningar 3 rader), alla öfriga dåliga (3 rader på kv.-cm.).

Jag har enligt Cohns metod, med användande af hans radräknare, undersökt 48 st. läroböcker, som användas vid samskolan samt vid folk- och småskolan i Hvetlanda. Enligt uppgift användas ungefär samma läroböcker vid samskolan som vid Jönköpings h. allmänna läroverks fem lägre klasser.

Tryckets godhet har graderats efter ofvan angifna grunder i I, II och III.

Det resultat, hvartill jag kommit, är följande: af 27 i samskolan använda läroböcker tillhörde 9 hvarje kategori; af 21 i folk- och småskolan använda resp. 5—7—9. Detta utgör i % :

		I	II	III
Samskolan	(27 böcker)	33,3	33,3	33,3
Folk- och småskolan	(21 »)	24	33	43
Summa	(48 »)	29	33	38

Summan af undersökta böcker (48) är ju ej stor, men då böckerna blifvit uttagna utan val är ganska antagligt att talen äro något så när allmängiltiga och skulle detta då betyda, att omkring 70 % af våra skolböcker icke motsvara Cohns minimifordringar på tillfredsställande tryck.

Använd litteratur.

Flügge, C., Grundriss der Hygiene, 1891.
Almquist, E., Allmän Hälsovårdslära, 1897.
Widmark, J., Om skolmyopien, i Wallis skolhygien, 1899.
Janke, O., Grundriss der Schulhygiene, 1901.
Cohn, H., Wie sollen Bücher und Zeitungen gedruckt werden, 1903.
—»—, Was haben die Augenärzte für die Schulhygiene geleistet und was mussen Sie noch leisten, i förhandlingarna för skolhygieniska kongressen i Nürnberg 1904.
Neuburger, S., Mindestforderungen bei der typographischen Ausstattung von Schulbüchern, samma förhandlingar 1904.
Wehmer, R., Enzyklopädisches Handbuch der Schulhygiene, 1904.
Roller, K., Neue Untersuchungen über Schulbücherdruck, i Zeitschrift für Schulgesundheitspflege, 1904.
Graupner, H., Die hygienischen Anforderungen an den Druck der Jugendschriften, ref. i samma tidskrift 1905.
Eliasberg, I., Druck der Schulbücher, ref. i samma tidskrift 1905.
Kungl. Majt:s nådiga stadga för rikets allmänna läroverk af den 18 februari 1905.
Törnell, G., Om skolläkare, 1905.
Gesundheitsbüchlein, Berlin 1905.

Om användandet af steril pasta vid sondering.

Af

Johan Almkvist.

I och för undvikandet af intravesikal infektion har man sedan länge uppställt den berättigade fordran, att hvarje instrument, som införes i blåsan, bör vara sterilt. Med stor omsorg desinfekterar man därför alla dylika instrument; de kokas omedelbart före användandet eller kokas efter användandet och förvaras sedan i formalingas. Konsekvensen härvidlag synes mig dock fordra, att det medel, med hvilket instrumentet före dess införande insmörjes, äfven bör vara sterilt.

De härför vanligaste medlen, flytande paraffin och glycerin äro visserligen ämnen, i hvilka bakterier icke växa, men de hafva å andra sidan icke förmågan att döda några bakterier,

hvadan de måste steriliseras och sedan förvaras på sterilt sätt, om infektion säkert skall kunna undvikas.

Sedan en tid tillbaka har i Tyskland börjat användas en del kateterpastor af något växlande sammansättning, hvilka gjorts sterila genom tillsättandet af antiseptiska ämnen. Härigenom håller sig pastan steril, äfven om den vid något tillfälle skulle råka att infekteras. Då jag funnit användandet af dylika pastor mycket lämplig, har jag föreslagit apotekare Blomquist i Stockhom, att å hans apotek tillverka en sådan pasta för att äfven läkarna här i Sverige lätt skulle kunna komma i åtnjutande däraf.

En sådan pasta bör hafva följande egenskaper:

1). Den bör hafva lämplig konstistens så att instrumenten glida lätt;

2). Den får icke reta slemhinnan;

3). Den bör vara vattenlöslig, så att den kan användas vid cystoskopisk undersökning;

4). Den bör vara antiseptisk, så att den håller sig steril.

Vi hafva funnit lämpligt att sammansätta pastan af glycerin, vatten och tragacantha. Härigenom hafva vi fått en pasta af något tjockare konsistens än de för sitt ändamål väl tunna glycerin och flytande paraffin samt af en synnerligen hal och slipprig beskaffenhet, så att instrumenten mycket lätt glida uti densamma. Då pastan icke innehåller några feta ämnen, blifver instrumentens yta aldrig, såsom vid användandet af Paraffin. liquid, fettbelagd. Detta är särskildt för cystoskopet, som icke kan steriliseras medelst kokning, en ganska stor fördel. Å andra sidan måste instrumenten för att denna pasta skall kunna användas vara fullt fettfria, emedan pastan eljes ej flyter ut öfver instrumentens yta. Att omväxlande använda feta ämnen och denna pasta är därför olämpligt.

Såsom antisepticum hafva vi funnit Oxycyanetum hydrargyricum af flera skäl lämpligast. På samma gång detta är ganska kraftigt antiseptiskt, angriper det icke trots sin kvicksilfverhalt instrumenten och är mycket mindre retande än sublimat eller andra kvicksilfverpreparat. Man behöfver därför icke vid användandet af denna pasta befara någon retning af urinrörets slemhinna. Jag har icke heller kunnat observera någon retning af dylik pasta vare sig å de polikliniker i Berlin, där sådana pastor användas, ej heller i min enskilda praktik under de 3 månader jag själf pröfvat denna pasta. Vi hafva tillsatt Oxycyanet. hydrargyric. i proportion 1 del på 500 delar pasta.

För att utröna denna pastas bakteriedödande verkan har jag på Hälsovårdsnämndens bakteriologiska laboratorium å densamma utfört följande prof med typhusbaciller, bacterium coli

commune och staphylococcus pyogenes aureus. En cm.^{3} af pastan blandades med $^1/_2$ cm.^{3} färsk buljongkultur af de respektive 3 bakteriearterna. Denna blandning omrördes och omskakades väl samt insattes i termostat. Sedan uttogs från densamma med vissa mellantider en stor platinaögla. Denna öfverympades i buljong, hvilken sedan insattes i termostat, för att efterse, huruvida kultur uppstod eller icke.

Upprepade dylika försök visade öfverensstämmande, att efter 15 minuters inverkan af pastan aldrig någon kultur af typhus eller bacterium coli commune uppstod och att staphylococcus pyogenes aureus växte efter 6—8 timmar, men aldrig efter 10 timmars inverkan.

Då således pastan dödar typhusbaciller och bacterium coli commune inom 15 minuter och staphylococcus pyogenes aureus inom 10 timmar, bör den efter någon tids lagring vara steril och användbar till sondering.

Pastan tillverkas på apoteket S:t Erik i Stockholm och säljes i tuber under benämningen »Steril sonderingspasta» till ett pris af 75 öre per tub.

Ur Gäfleborgs — Dala Läkare- och Apotekareförenings förhandlingar.

Bilaga D. till protokollet den 10 nov. 1906.

Ett fall af höggradig difteritisk förlamning.

Af

M. Ardell.

R. H., 26 år, från Falun, insjuknade $^1/_{12}$ 04 i difteri och intogs på Epidemisjukhuset $^4/_{12}$. Han hade då tämligen starka beläggningar i svalget och betydligt ansvällda submaxillarkörtlar; bakteriologiskt prof visade tydliga difteribaciller.

I anseende till de rätt grava symptomen och den tid som förflutit efter insjuknandet erhöll han genast 3,000 i. e. serum. Den $^8/_{12}$ var han ren i halsen och $^{15}/_{12}$ fri från baciller, utskrefs samma dag. Redan vid utskrifningen hade patienten någon svårighet att svälja och blef efter hemkomsten sämre, så att han ej kunde svälja utan att hvarje gång taga en klunk vatten; vin, öl o. d. gick ut genom näsan. Började snart efter hemkomsten äfven sluddra på målet, hvilket ökade, så att talet i början af januari var alldeles obegripligt. Omkr. den 8 januari angreps äfven accommodationen, så att pat. ej

längre kunde läsa. Under loppet af månaden försvann emellertid synrubbningen alldeles, och talet förbättrades, så att det blef begripligt, ehuru mycket nasalt, i stället började pat. klaga öfver svaghet i rygg och ben.

Då han emellertid för öfrigt nu kände sig kry, företog han den $^{26}/_{1}$ en järnvägsresa, men angreps därunder af beklämning åt hjärtat, så att han vid hemkomsten blef sängliggande. Från den $^{1}/_{2}$ utvecklade sig nu hastigt en förlamning i extremiteternas och nästan alla bålens muskler.

Den $^{10}/_{2}$ var tillståndet följande:

Pat. är sängliggande och mycket afmagrad, särskildt äro extremiteternas muskler atrofiska. Talet är nu fullt tydligt, accommodationsförlamningen likaledes fullständigt borta, maten och drycken gå ej vidare ut genom näsan men torra saker kan pat. ej svälja utan en liten klunk vatten. Ansiktsmusklerna synas ej vara påverkade, tuggningen går bra, men pat. blir mycket trött, då han äter, någon andnöd finnes ej. Rörelseförmågan i bålens och extremiteternas muskler är ej fullständigt borta, men kraften är så ringa, att pat. ej kan vända eller flytta sig i sängen, armarne eller benen kunna ej lyftas från underlaget, mellan fingrarne kan pat. ej ens fasthålla en tändsticka. Bukmusklerna kunna tydligt spännas, dock ej så att pat. kan lyfta öfverkroppen från underlaget. Alla senreflexer äro fullständigt borta. Ingen degenerationsreaktion finnes, alla muskler reagera lifligt för faradisk elektricitet.

Den $^{6}/_{3}$ antecknas, att sväljandet nu försiggår fullständigt obehindradt, och $^{14}/_{3}$ hade kraften i armar och ben så betydligt förbättrats, att pat. t. ex. kan röra armarne huru som helst, men ej själf föra maten till munnen, liksom ej heller stöda på benen. Fullt återställd i midten af maj. Hvad som i detta fall utom den höggradiga och utbredda förlamningen synes mig mest anmärkningsvärdt är de olika tider på hvilka förlamningen uppträdt i olika nerv- eller muskelområden, i det sväljningsförlamningen uppträdde redan 14 dagar efter insjuknandet, talrubbningen strax därpå, accommodationsförlamningen 35 dagar och i bålens och extremiteternas muskler först 57 dagar efter insjuknandet, då förlamningen i tal- och accommodationsmuskler redan gått fullständigt tillbaka. I mig tillgänglig litteratur uppgifves, att de difteritiska förlamningarne i regel uppträda efter 2—3 veckor, i sällsynta fall först efter 5—6 veckors förlopp.

Anmärkningsvärdt är äfven, att vid en så höggradig och utbredd förlamning respirationsmusklerna eller hjärtat ej nämnvärdt afficierades.

Från Riksdagen.

Såsom förut omnämnts har vid innevarande års riksdag inom andra kammaren af d:r Knut Kjellberg framlagts en motion angående ordnandet af rikets apoteksväsen efter år 1920. Motionen är af följande lydelse:

Behofvet af reformer inom vårt lands apoteksväsende har under senare år gifvit sig allt flera uttryck. Olika och stridiga intressen ha därvid gjort sig gällande icke blott mellan allmänheten å ena sidan och apotekareyrkets utöfvare å den andra, utan äfven mellan olika grupper af ifrågavarande fackmän. Helt naturligt ter sig frågan om apoteksväsendets ordnande olika allt efter som man betraktar densamma från allmänhetens, framför allt från de sjukas sida, eller man ser den från de privilegierade apotekarnas synpunkt. Visserligen är handeln med läkemedel en affärsrörelse, som kräfver sin alldeles särskilda, vetenskapliga fackutbildning, men apoteksväsendet bör framför allt betraktas såsom en samhällsinstitution.

1819 års apotekarereglemente är — med några smärre ändringar — alltjämt gällande. Genom riksdagens bifall till kungl. maj:ts proposition vid 1873 års riksdag bestämdes, att den dittills florerande handeln enskilda emellan med säljbara apoteksprivilegier skulle upphöra med utgången af år 1920. Samma år funnos i riket 120 säljbara apotek, tre år senare endast 26. Vid ingången af år 1906 funnos 284 personligt privilegierade och 12 säljbara, självständiga apotek samt 9 filialapotek och 46 medikamentsförråd.

De önskemål, som framträda i fråga om reformer i apoteksväsendet, äro grundade dels på allmänhetens behof af lätt tillgängliga och prisbilliga läkemedel, dels på yrkesutöfvarnas kraf på en inkomst, som motsvarar såväl deras förvärfvade yrkesskicklighet som deras ansvarsfulla verksamhet.

I afseende på läkemedelspriser torde erinras om den medicinaltaxa, som med nya grunder för prisberäkningar tillämpats från ingången af år 1902.

Hvad beträffar de obefordrade apotekarnas utsikter till framtida själfständig verksamhet, så har medelåldern för dem, som under åren 1903—1906 första gången erhållit apoteksprivilegier, varit resp. 45,5—45,3—46,8—45,4 år och tjänsteåren resp. 22,0—22,3—22,2—21,5.

Här nedan lämnas en kort öfversikt öfver hvad som under senare år angående apoteksväsendet förekommit dels inom riksdagen, dels inom farmaceuternas fackorganisation, hvarjämte några exempel på stridiga intressen vid frågan om inrättandet af nya apotek meddelas.

Vid 1903 års riksdag väcktes inom andra kammaren en motion (n:o 134) af herr H. Hedlund om skrifvelse till kungl. maj:t angående förändrande af rikets samtliga medikamentsförråd och filialapotek till självständiga apoteksinrättningar m. m. Motionen hänvisades till andra tillfälliga utskottet, som tillstyrkte skrifvelseförslaget i hvad det afsåge frigörande och ledigförklarande af samtliga medikamentsförråd och, där så ske kunde, äfven filialapotek. Denna hemställan blef af andra kammaren enhälligt bifallen. Första kammarens andra tillfälliga utskott hemställde, att kammaren måtte biträda andra kammarens beslut, men denna hemställan afslogs.

Vid samma riksdag framlade herr H. Hedlund ett annat skrifvelseförslag (motion n:o 135) med hemställan till kungl. maj:t om ny

instruktion i afseende å medicinalstyrelsens förfarande vid afgifvande af förord till erhållande af apoteksprivilegium. Motionen afstyrktes af andra tillfälliga utskottet och afslogs af kammaren.

Af herr A. A. N. Reuterskiöld väcktes samma år en motion n.o 188) om skrifvelse till kungl. maj:t angående nedsättning af priset å apoteksvaror. Andra kammarens andra tillfälliga utskott afstyrkte motionen, men kammaren biföll densamma. I första kammaren afslogs motionen i enlighet med vederbörande utskotts utlåtande.

Under förra året motionerade herr R. A. Wawrinsky i Saltsjöbaden om skrifvelse angående nytt apotekarereglemente. Motionen bifölls af andra kammaren, och andra tillfälliga utskottet inom första kammaren tillstyrkte äfvenledes bifall, men kammaren afslog densamma med 39 röster mot 27.

Oaktadt sålunda ingen af ofvannämnda fyra motioner, hvaraf trenne vunno andra kammarens bifall, ledde till något positivt beslut från riksdagens sida, visa såväl dessa som tillhörande utskottsbetänkanden och uttalanden, att åtskilliga reformer inom apoteksväsendet äro af behofvet påkallade.

Till medicinalstyrelsen remitterades i september 1903 en und. ansökan från Sveriges farmaceutförbund om förändring af rikets samtliga medikamentsförråd och filialapotek till självständiga apoteksinrättningar.

Sedan medicinalstyrelsen i april 1904 afgifvit und. utlåtande, anbefalldes styrelsen genom nådigt bref den 7 oktober 1904 »dels att beträffande sådana medikamentsförråd, hvilka icke blifvit för viss tid upplåtna, verkställa undersökning, huruvida dessa medikamentsförråd, med fästadt afseende å omsättningen såväl vid medikamentsförrådet som vid stamapoteket, kunde förändras till självständiga apotek, samt därefter till kungl. maj:t inkomma med det utlåtande, hvartill denna undersökning kunde föranleda, dels ock att rörande filialapoteken vid Finspång och Åtvidaberg inkomma med utredning om deras förändring till självständiga apotek».

I utlåtande af den 5 juli 1905 framhöll medicinalstyrelsen såsom sin åsikt, att fem namngifna medikamentsförråd samt filialapoteken i Åtvidaberg och Finspång utan hänsyn till vederbörande stamapotek omedelbart kunde förändras till självständiga apotek.

Regeringens beslut i ärendet af den 16 sistlidne november innebär, att farmaceutförbundets anhållan icke för närvarande föranleder någon åtgärd i afseende å medikamentsförråden, men att filialapoteken i Åtvidaberg och Finspång, när vederbörande stamapotek blifva lediga, skola förändras till självständiga apotek.

I december 1906 ingick ofvannämnda centralstyrelse till kungl. maj:t med und. hemställan »att kungl. maj:t för utarbetande af förslag till nytt apotekarereglemente, äfvensom för afgifvande af förslag till åtgärder i de afseenden, som i fråga om apoteksväsendets ordnande däraf kunna beröras, täcktes i nåder förordna om tillsättande af en kommitté och att, därest Eders kungl. maj:t finner skäligt därtill gifva nådigt bifall, täcktes medgifva, att i en sådan kommitté äfven måtte insättas ett visst antal obefordrade farmaceuter.»

Slutligen föreligger för närvarande till behandling inom farmaceutförbundet ett detaljeradt förslag till reglering af obefordrade apotekares löneförmåner med bestämd begynnelselön och bestämda ålderstillägg, afsedd att gälla vid samtliga apoteksinrättningar i riket. Då apotekens bärkraft är högst växlande och står i ett visst förhållande till rörelsens storlek, så innebär förslaget, att de summor, som erfordras

för denna lönereglering, uttaxeras på rikets alla apotek proportionellt efter deras storlek (beräknad efter omsättningssumman) genom en progressiv beskattning af alla själfständiga apotek, hvilkas privilegievärde ej understiger 15,000 kronor.

Ur den förslaget åtföljande skrifvelsen må anföras: »att aflöningsförhållandena för vissa kategorier af vårt yrkes utöfvare icke varit goda, synes äfven apotekaresocieteten hafva varit medveten om, alldenstund den i en skrifvelse till medicinalstyrelsen af den 12 juli 1901 anhållit om höjning af medicinaltaxan, härvid framhållande bland andra motiv, att de äldre obefordrade farmaceuternas ställning icke kunde sägas vara fullt tillfredsställande, samt betonat, att det är af vikt för det allmänna, att apotekarebanan erbjuder minst lika goda villkor som andra jämförliga banor, för att icke apotekarekårens nöjaktiga rekrytering måtte komma att äfventyras. — — — Medicinalstyrelsen behjärtade äfven denna apotekare-societetens anhållan och biföll, som bekant, den äskade taxeförhöjningen. Det framlagda löneregleringsförslaget blef dock af apotekaresocieteten vid dess sammankomst i september 1902 afslaget. De ljusa förhoppningar om en bättre framtid, som väckts med detta förslag, blefvo alltså denna gång gäckade och efterträddes inom vida kretsar af hopplöshet och missmod.

Emellertid upptogs frågan ånyo af farmaceutiska föreningen, hvilket resulterade i en kommittés tillsättande i november 1902. Kommittén bestod af tvänne apoteksinnehafvare och tvänne obefordrade apotekare, hvarjämte medicinalrådet Wawrinsky välvilligt åtog sig ordförandeskapet. Efter 3 års arbete framlade denna kommitté sitt betänkande jämte statistiska utredningar. Af dessa framgick, att de äldre obefordrade apotekarnas löner fortfarande i många fall icke blott vore långt ifrån tillfredsställande, utan t. o. m. lägre än vida yngre kamraters.» — — — Vidare framhålles »den väsentliga skillnaden mellan den obefordrade farmaceutens osäkra och tjänstemannens trygga ställning.»

Såsom exempel på intressemotsatser mellan å ena sidan allmänheten med dess kraf på inrättandet af nya apotek och å andra sidan innehafvare af redan befintliga må anföras följande.

Enligt beslut af den 1 oktober 1904 hemställde Stockholms stadsfullmäktige hos kungl. maj:t om inrättande af fem nya apotek i hufvudstaden (hälsovårdsnämnden hade uttalat sig för sex). Apotekarsocietetens direktion, hvars samtliga medlemmar äro apoteksinnehafvare i Stockholm, tillstyrkte två nyanläggningar och medicinalstyrelsen tre. I kungl. bref af den 16 sistlidne juni medgafs inrättandet af endast två af de begärda fem apoteken.

Samma månad medgaf kungl. maj:t efter tillstyrkan af medicinalstyrelsen inrättandet af ett nytt apotek i Göteborg, hvarom stadsfullmäktige gjort hemställan. Vid frågans utredning afgåfvo samtliga apoteksinnehafvare i nämnda stad ett gemensamt utlåtande, hvarur må anföras: »att framställningen om det nya apoteket, utan någon som helst protest, rönt bifall hos Göteborgs stadsfullmäktige, bör icke förundra, enär vår kår numera icke äger någon medlem inom nämnda korporation och apoteksfrågan tyvärr är af alltför säregen och invecklad innebörd, att af andra än fackmän förstås och vederbörligen uppfattas. Ungefär detsamma gäller nog om de andra myndigheter, som hittills haft tillfälle yttra sig i ämnet. — — — Såsom en sammanfattning af hvad vi här anfört bedja vi vördsamt få uttala den förhoppning, att kungl. medicinalstyrelsen tager frågan om det nya Göteborgsapoteket i samma välvilliga och omsorgsfulla pröfning som kommit till synes i dess utlåtande om vissa af de föreslagna nya Stockholmsapoteken

— — — —.» Samtidigt hade tvänne obefordrade apotekare (i egenskap af t. f. föreståndare för tvänne, då lediga Göteborgsapotek) tillfälle att yttra sig i denna fråga; båda dessa tillstyrkte den ifrågasatta apoteksanläggningen.

* * *

De sträfvanden från skilda håll och i olika riktningar, som här ofvan i korthet omnämnts, torde visa behofvet af åtskilliga reformer inom apoteksväsendet. Detta behof framträder så mycket kraftigare, ju närmare vi komma den tidpunkt, utgången af 1920, då staten utan några som helst kostnader från dess sida kommer i oinskränkt besittning af privilegierna till samtliga apoteksinrättningar i riket, och redan nu bör uppmärksamhet ägnas frågan om hvilket system, som efter denna tidpunkt skall tillämpas i afseende på apoteksväsendet i dess helhet.

Allmänhetens behof af tillräckligt antal apoteksinrättningar och af prisbilliga läkemedel får icke försummas af hänsyn till redan privilegierade apoteksinnehafvare, och å andra sidan är det orimligt, att i trakter, där ett välbehöfligt apoteks bärighet är tvifvelaktig, befolkningens kraf i detta afseende icke kunna tillgodoses med mindre än att en enskild apotekare ådrager sig den med företaget förbundna risken. En fortsatt stegring af taxan — vare sig genom ändring af grunderna för taxeringen eller genom höjning af själfva drogernas priser — hjälper icke i längden för de apoteksinrättningar, som äga den minsta omsättningen.

Den tanken synes då ligga nära till hands, att staten för egen räkning öfvertoge tillverkningen och försäljningen af läkemedel, hvarigenom åtskilliga fördelar skulle vinnas och såväl allmänhetens som yrkesutöfvarnas berättigade kraf på en gång skulle bäst tillgodoses. Själfva tillvägagångssättet vid öfvergången till ett sådant system kunde tänkas bestå däri, att staten för egen räkning efter hand öfvertoge driften af apoteksinrättningarna i den ordning de blefve lediga. Klart är emellertid, att denna fråga behöfver en genomgående utredning och att en sådan utredning bör igångsättas så snart som möjligt.

På grund af det anförda får jag föreslå,

att riksdagen ville i skrifvelse till kungl. maj:t anhålla, det täcktes kungl. maj:t låta utreda hvilket system i afseende å apoteksväsendet, som med utgången af år 1920 bör tillämpas, särskildt med hänsyn till frågan, huruvida staten borde för egen räkning öfvertaga apoteksrörelsen, samt för riksdagen framlägga det förslag, hvartill utredningen kan föranleda.

Hvarjehanda notiser.

Dermatologiska sällskapet i Stockholm sammanträdde den 24 januari, hvarvid förekom: d:r Sederholm: ett fall af lichen planus och ett fall af dermatitis herpetiformis; d:r Möller: fall af eczema folliculare, fall af hyperpigmentation i ansiktet och fall af lichen planus; d:r Sandman: fall af lupuskankroid, fall af epiteliom och fall af lupus erythematosus + nageltricophyti; d:r Müllern-Aspegren: fall af erythema multiforme; d:r Moberg: fall af lichen hypertroficus; d:r Marcus redo-

gjorde för ett fall af veronalexantem och d:r Möller talade om tjärbad. D:r Schlasberg visade några urologiska instrument.

Marinläkare af 2:a graden skola — enligt kungl. bref till marinöfverläkaren (bih. t. sv. förf.-saml. n:r 10) af den 15 sistl. februari — vid befordran på läkarbanan åtnjuta tjänstårsberäkning för den tid befattningen innehafts. Detta Kungl. Maj:ts beslut har tillkommit på framställning från marinöfverläkaren. Som bekant har medicinalstyrelsen haft en annan uppfattning, enligt hvilken marinläkare af andra graden endast fått räkna sig till godo den tid, under hvilken han i sådan egenskap haft tjänstgöring.

Ett upplysningskontor för främmande läkare. Generalkonsuln i Berlin har till utrikesdepartementet insändt följande meddelande: Vid institutet för medicinskt utbildningsväsende »Kaiserin-Friedrich-Haus»)[1], som öppnades i Berlin den 1 mars 1906, kommer hädanefter ett särskildt upplysningskontor att finnas. Det har hufvudsakligen till uppgift att bistå främmande läkare, som för studieändamål anlända till Berlin. Upplysningar skola lämnas öfver samtliga i Berlin förekommande afgiftsfria kurser och dylika mot honorar, vidare öfver alla medicinska inrättningar, sjukhus, samlingar o. s. v. med afseende på tiden och förutsättningarna för deras beseende; samt slutligen öfver möjligheten för deltagande i föreläsningar vid kliniker, föreläsningsaftnar i läkaresällskapen samt öfver operationer i kliniker och sjukhus. Alla upplysningar komma att lämnas afgiftsfritt. Upplysningskontoret kommer att börja sin verksamhet den 25 innevarande månad.

Norrköpings läkarförening sammanträdde den 23 febr. D:r Haglund förevisade ett barn med medfödd v.-sidig anophthalmus och h.-sidig mikrophthalmus. D:r Cronquist höll föredrag om den nyare syfilisforskningen.

Malmö läkarförening sammanträdde den 14 febr., hvarvid diskussionen om folkskolläkarefrågan fortsattes.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes; [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Tre distr.-läk.-tj:r i Malmö (ledigförklarade på grund af ny treårsperiod)	9 mars.
En bat.-läk.-tj. v. Hälsinge reg:te[1])	11 mars.
Stadsläk.-tj:n i Falkenberg (sökes hos magistraten; lön: 1,500 kr.)	11 mars.
Extra prov.-läk.-tj:n i Högsäters distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	13 mars.
Lasarettsläkartj:n i Söderköping[1]) lön: 3,000 kr. jämte två ålderstillägg à 500 kr. och 300 kr. i semesterpengar)	18 mars

---

[1]) Se Läkartidn. 1906, sid. 203.

Tre marinläk.-stip.-befattn:r (ansökan, ställd till med.-styr:n, inl. hos marinöfverläkaren) 18 mars.
Distr.-läk.-tj:n i Norrköpings stads norra distr. (ledig-förklarad på grund af att tiden för nuv. inneh:ns förordnande utgått) 20 mars.
Underläk.-tj:n vid sjukhuset Eira, Stockholms stads och läns sjukhus (tillträdes 1 april; löneförmåner: 2,100 kr. jämte fri bostad; ansökan, ställd till sjukhusets direktion, inlämnas å sysslomansexp. Handtverkargatan 13) 25 mars.

Af Kungl. Maj:t utnämnda eller transporterade:

Till marinläk. af 1:a gr.: marinläk. af 2:a gr. *A. R. Gemmel.*
Till erhållande af hvar sitt resestipendium å 500 kr.: 1:ste prov.-läk. *Englund,* Vänersborg, prov.-läk. *Robbert,* Norrtälje, 2:e stadsläk. *Winther,* Ystad, 2:e stadsläk. *Steénhoff,* Sundsvall, och ex. prov.-läk. *Ekblom,* Fellingsbro.

Af Med.-styr:n utnämnda och förordnade:

Till bitr. hosp.-läk. i Göteborg (för tre år fr. 1 april): bitr. läk. v. Vänersborgs hosp. o. asyl *A. Wingstrand.*
Till fältläk.-stip:r 2 klass: kand:rna *O. W. Knaust* och *J. H. Wennerberg.*
Till ex. prov.-läk. i Svedala distr. (fortfarande t. o. m. 1911): lic. *A. Ottosson.*
Till las.-underläk. i Västervik (för tre år fr. 8 april): lic. *R. Ihran.*

Af vederbörande myndigheter antagna:

Till biträd. läk. vid Göteborgs fattigvårdsinr:s lungsotsafd.: underläk. vid Hessleby sanatorium *H. Rosengren.*

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Fältl.-stip. 1:a klass *H. Hansson* (30 juni).
Civile läk.-stip. *R. Ihran.*

Med. licentiatexamen har aflagts af:

N. *Wahlgren* (i Uppsala) och *Alfred Ljung* (i Stockholm).

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *J. Rohlin* t. f. ex. prov.-läk. i Klintehamns distr. 3—17 mars (t).
Lic. *G. Allvin* t. f. stadsläk. i Hjo 24 febr.—6 april (t).
Kand. *Per Eckton* t. f. ex. prov.-läk. i Båstads distr. fortf. t. o. m. 25 mars (t).
Lic. *R. Ihran* t. f. prov.-läk. i Asele distr. 3 mars—1 april (s).
Lic. *H. Hofstedt* t. f. prov.-läk. i Lycksele distr. 1—31 mars (t).
Lic. *P. Brügg* t. f. prov.-läk. i Kisa distr. 17 mars—15 april (s).
Kand. *A. Norberg* t. f. bitr. hosp.-läk. i Göteborg 1—31 mars (v).
Lic. *G. Brand* t. f. ex. prov.-läk. i Malå distr. fr. 1 mars (v).
Lic. *A. O. Dalsjö* t. f. ex. prov.-läk. i Sundbybergs distr. 1 mars—15 maj (t).
Kand. *H. Fröderström* t. f. bitr. hosp.-läk. i Stockholm 1—31 mars (s).
Kand. *O. H. Elfsberg* t. f. underläk. v. kriminalafd. i Växsjö (v).

Döda:

Praktiserande läkaren i Malmö, med. licentiaten *Birger Olsson Birger* afled den 27 febr. vid 49 års ålder.

Innehafvaren af apoteket i Tibble *Gustaf Wikblad* afled den 27 febr. 45 år gammal.

— — — —

Öfversikt af sammandragen af epidemirapporter

för halfva månaden 16—31 jan. 1907.

	Städer.					Landsbygd.				
	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa
Stockholm	1	28	74	—	103	—	—	—	—	—
Stockholms län	—	—	1	—	1	1	3	33	—	37
Uppsala	—	—	14	—	14	6	7	24	—	37
Södermanlands	—	—	5	—	5	—	2	12	—	14
Östergötlands	3	8	8	—	19	1	18	9	—	28
Jönköpings	—	—	48	—	48	—	16	32	2	50
Kronobergs	1	—	—	—	1	3	12	33	—	48
Kalmar	1	2	3	—	6	—	4	10	—	14
Gotlands	—	13	—	—	13	—	24	—	—	24
Blekinge	—	—	34	—	34	—	—	21	—	21
Kristianstads	—	—	4	—	4	1	—	61	—	62
Malmöhus	2	6	37	—	45	7	24	51	1	83
Hallands	—	2	11	—	13	—	—	49	—	49
Göteborg	5	24	11	—	40	—	—	—	—	—
Göteborgs o. Bohus	—	—	1	—	1	5	2	24	—	31
Älfsborgs	—	2	10	—	12	5	10	27	—	42
Skaraborgs	2	5	1	—	8	1	7	22	—	30
Värmlands	—	—	6	—	6	—	1	5	—	6
Örebro	—	—	1	—	1	—	8	18	—	26
Västmanlands	—	4	1	—	5	1	8	6	—	15
Kopparbergs	—	—	—	—	—	—	1	3	—	4
Gäfleborgs	—	8	2	—	10	1	17	34	—	52
Västernorrlands	—	—	5	—	5	1	5	20	—	26
Jämtlands	—	—	1	—	1	—	44	14	—	58
Västerbottens	—	—	3	—	3	1	3	5	—	9
Norrbottens	5	2	1	—	8	—	—	9	—	9
Summa	20	104	282	—	406	34	216	522	3	775

Summa sjukdomsfall i hela riket: nervfeber 54, skarlakansfeber 320, difteri 804, rödsot 3. — *Akut barnförlamning* 4 fall.

— — — —

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 15 mars 1907.

4:e årg.	Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER.	N:o 11.

Innehåll: E LANDELIUS: Ett fall af flexur-adhärens (Gersuny). — WILLIAM WÅHLIN: Önskemål angående de militära sjukhusen. — Bokanmälan. — I militärläkarefrågan. — Provinsialläkarnes pensionsfråga. — Periodisk litteratur. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser.

Ur Gäfleborgs-Dala Läkare- och Apotekareförenings förhandlingar.

Bilaga C. till protokollet den 10 nov. 1906.

Ett fall af flexur-adhärens (Gersuny).

Meddeladt af **E. Landelius.**

På kirurgkongressen i Berlin 1899 redogjorde Gersuny under benämningen »Eine typische peritoneale Adhäsion» för ett af honom iakttaget colon sigmoideum lateralt fixerande abnormt pseudoligament, som han tilldelar en karakteristisk sjukdomsbild. Utom detta meddelande har Gersuny lämnat ett något utförligare i Wiener Klin. Wocbenschr. 1899: 22; och 1901 har J. Altender i Zeitschr. f. Heilkunde Bd. XXII abth. f. Chir. S. 10 — 49 utförligt behandlat samtliga af Gersuny iakttagna fall; i Hygiea 1904: I sid. 516 har Carlsson beskrifvit några former af kronisk peritonit i bukens vänstra sidoregion och upptar där som en typ Gersuny's adhärens och tillfogar, att han själf sett den några gånger.

Vi ha på Gäfle lasarett varit i tillfälle att iakttaga ett fall, där på grund af symtomens öfverensstämmelse med den af Gersuny gifna sjukdomsbilden opererades under sannolikhetsdiagnosen Gersuny's adhärens, hvilken ock besannades.

Johanna A. 25 år ogift, baderska, inkom den 8 januari 1906. Har i flera år haft värk i ryggen och därför undergått badbehandling utan att bli fullt fri från ryggvärken. Sedan en del år har hon besvärats af tidvis påkommande smärtor

till vänster i buken. O-para, menses regelb., smärtsamma, smärtorna lokaliserade mera till vänster i buken. Har 1900 operativt behandlats på lasarettet i Sollefteå för underlifslidande: »förträngning i lifmodern»; de dysmenorroiska smärtorna ha sedan varit ungefär som förut. Sista mån. har hon haft nästan ständigt svåra smärtor på en viss punkt till vänster om och nedanför nafveln och har ömmat här. Afföringen brukat vara trög hv. 2 — 3 dag. Smärtorna sättas ej i samband med afföring eller ingestion.

Status præs. Täml. bra hull. Temp. afebril. P. 72, kraftig, regelb. Cor O. Pulmon. O. Urin sur, O alb., O reduc. Buken mjuk, intet palpabelt, ej abnorm dämpning. Smärtor till vänster om och nedanför nafveln samt uppåt nafvelplanet till vänster, smärtorna ha borrande natur och äro skofvis mycket häftiga. Markerar stark ömhet vid djup palpation ungefär midt mellan nafveln och spina il. ant. sup. sin. Ventrikelundersökning visar ej retention, efter uppblåsning befinner sig ventrikelns undre gräns 1 fingerbredd ofvanför nafvelplanet; HCI +, La O. Inre genitalia förete för palpation intet abnormt. Från ryggen iakttas objektivt intet abnormt. Behandlades först med sängläge; V. V. O; karlsbader; lavemang; senare massage; varma bad; varmluftsdusch på ryggen; senare vistades hon uppe. Ingen afgjord förbättring. Smärtorna i buken fortsatte, ibland lindrigare eller borta för några dar; ibland ökade och voro då mycket svåra, så att patienten låg och grät. När smärtorna voro svåra, markerades intensiv ömhet å ofvannämnda punkt och äfven då smärtfrihet markerar patienten begränsad ömhet på samma ställe.

19 febr. Gjordes laparotomi[1]), mediansnitt nedanför nafveln. Colon sigm. var sammanfallen, den var rätt lång och hade ett ganska högt och bredbasigt mesosigm. Å mesosigm:s undre yta insererade å laterala delen mesosalpinx högt upp till omkr. 2 cm. från mesosigm:s tarmrand, så att tubans abdominala ända, som i öfrigt syntes normal, var uppdragen till första delen af colon sigm. Tuban stramade starkt vid upplyftning af colon sigm. Kring öfre ändan af mesosalpinx vidfästningslinje till mesosigm. företedde peritonealbladet en ringgradig förtjockning. Mesosalpinx vidfästningslinje å mesosigm. gick lateralt om en tydligt uttalad fossa intersigm. Tuban löstes från mesosigm.; peritonealränderna suturerades. Nedersta ileums mesenterium företedde en begränsad fixering till högra bäckenväggen; äfven den löstes. Högra ovariet valnötstort, höll ett par små cystor, som punkterades. Vänstra ovariet normalt.

---

[1]) D:r E. Lindström.

Ventrikeln och gallblåstrakten utpalperades. Buken slöts. Efterbehandlades med energiska tarmsköljningar. Läkn. p. p.

11 mars. Har ej känt smärtor af samma natur som förut, ömmar ej på förut nämnda punkt. Lavemang, som gifvits en gång dagligen, ha ej orsakat smärtor eller slitningar till vänster i buken. Utskrefs frisk 12 mars.

1 nov. Visade sig; har blifvit fet (mycket godt hull). Varit fullkomligt fri från smärtor i buken; menstr. regelb., smärtfri. Afföring regelb. hvar dag. Markerar ej ömhet å midtpunkten mellan nafveln och spin. il. ant. sup. sin. eller eljest i buken. Ryggvärken är hon ej befriad från, men betraktar sig som fullt återställd.

Gersuny beskrifver sin typiska adhärens som en bandformig sträng, som fixerar tarmen å öfvergången mellan col. desc. och col. sigm. lateralt. Jämte denna adhärens finns vanligen också adhärens af proc. vermiform., ofta pseudomembran å coec. och col. asc. och å kvinnliga genitalia.

Till den af honom beskrifna adhärensen har Gersuny tecknat följande sjukdomsbild: Smärtor i nedre bukregionen å bägge sidor; vanligen kronisk obstipation och stegring af besvären, ibland till häftiga kolikanfall kort före defäkationen, särskildt vid hård afföring; ökande af smärtorna vid starkare kroppsrörelse och under menstruationen; tryckömhet i appendixtrakten (å M. B:s punkt) och på en till denna tämligen symmetriskt belägen punkt till vänster.

Altender redogör för de på Gersuny's klinik till febr. 1900 opererade fallen, inalles 42; däraf har 33 efterforskats 3 år — några mån. efter operationen; resultatet har blifvit 12 hälsa, 18 förbättring, 3 oförbättrade.

Smärtor i buken kunna ha vidt skilda orsaker; helt visst är adhärenser, som kunna göra stramning på parietalperitoneum, en af dem, som kanske är svårare att säkert diagnosticera än många andra. Redan Virchow påpekade adhärenser å grofttarmen ss. anatomiskt underlag för »visceralneuralgi». Om patienterna lida mycket af smärtorna, som kanske göra dem arbetsodugliga, berättigar helt visst icke-resultat af annan, ej operativ behandling till kirurgiskt ingripande utan säker diagnos. I en del fall bringar man patienten på så sätt lätt hjälp för ett besvärande lidande.

Utan att vilja ingå på en närmare kritik af de af Altender meddelade fallen, synes mig en hel del lämna åtskilligt öfrigt i bevisstyrka; han erkänner också, att resultaten ej äro fullt tillfredsställande.

Vanligen äro peritonealadhärenser produkt af en adhäsiv peritonit; den kan ha uppkommit i anslutning till en akut in-

flammation af intestinalorgan, men kan också utveckla sig kroniskt utan föregående akut sjukdom. Den är då ofta sekundär till en latent inflammation i intestinalorgan, men kan också vara en primär inflammation i serosan, kronisk, skleroserande, lokal peritonit (Riedel's mesenteritis chron. fibrosa). Altender diskuterar en del tänkbara uppkomstsätt af Gersuny's flexuradhärens 1) i följd af tänjning vid fäkalstagnation i colon 2) eller gasutspänning af colon 3) Gersuny's hypotes: att fåran mellan colon och parietalperitoneum skulle vara en jämförelsevis lugn vrå, där exsudat och blod, utträdt i peritoneum särskildt vid menstruationerna skulle, skyddadt för hastig resorption, organisera sig; 4) utvecklingsanomali i sällsynta fall. Det är påvisadt på barnlik ganska vanligt en tunn brid från öfvergången mellan col. desc. och col. sigm. till parietal peritoneum i fossa iliaca. Altender anser, att Gersuny's hypotes har mesta sannolikhet för sig.

I ofvan refererade fall, där mesosalpinx från bäckenväggens peritoneum fortsätter upp på mesosigm:s undre peritonealblad, torde endast kunna ifrågakomma en utvecklingsanomali. Detta fall öfverensstämmer emellertid ej, hvad det anatomiska fyndet beträffar, fullt med den beskrifna typen och borde rättare rubriceras som ett fall af kvasi-Gersuny's adhärens.

Önskemål angående de militära sjukhusen.[1])

Af William Wåhlin.

Ordnandet af de militära sjukvårdsförhållandena i vårt land har länge väntat på sin lösning, och det torde väl ej dröja länge innan lösningen måste komma. En speciell del af denna fråga — ordnandet af de militära sjukhusen[2]) — är för närvarande mest aktuell, då dessas anordnande måste ske i sammanhang med de nya kasärnernas byggande.

De fordringar man måste ställa på de militära sjukhusen äro först och främst, att de i anordning och utrustning bli fullt modärna, så att de i yttre förutsättningar bli jämnställda åtminstone med våra mindre landsortssjukhus. Men härtill kommer ytterligare, att verksamheten å dessa sjukhus måste vara af den omfattning och art, att de å sjukhusen anställda läkarne kunna få god öfning som sjukhusläkare och arméns sjukvårdsmanskap en nöjaktig utbildning.

---

[1]) Efter föredrag i Läkaresällskapet i Lund den 26 Febr. 1907.

[2]) Förhållandena vid garnisonssjukhusen i Stockholm och Karlsborg beröras icke i denna uppsats.

Att såsom hittills förlägga ett sjukhus, afsedt för endast militära patienter, i omedelbar anslutning till hvarje infanterikasärn kan omöjligen bli tillfredsställande hvarken från sjukvårds- eller undervisningssynpunkt. Det är ju gifvet, att såväl sjukhusläkarens som sjukvårdspersonalens färdighet och öfning äro i högsta grad beroende af det antal patienter, som vårdas å sjukhuset. Det är ett självklart faktum, att handhafvandet af ett större patientantal ger större erfarenhet och skicklighet. Det antal patienter man kan påräkna å sjukhus, afsedt för endast ett regemente, är emellertid så litet, att det näppeligen kan komma ifråga att nedlägga stora kostnader för att få dessa sjukhus så pass i ordning, att de kunna jämnställas med de civila, mindre sjukhusen. Något bättre ställa sig förhållandena på de platser, där två regementen äro hänvisade till samma sjukhus, men äfven i detta fall blir beläggningen af sjukhuset för liten och mycket ojämn. Vidare är det till föga fromma för såväl sjukhusets skötsel som för läkarnes och sjukvårdspersonalens fortsatta utbildning, att sjukhuset är tomt under afsevärd del af året. Den centrala ledningen af militärsjukhusen lägger ock fullständig hämsko på läkarnes personliga initiativ och intresse för sjukhusens tidsenliga utveckling och är, liksom det nuvarande systemet med alternerande tjänstgöring mellan regementets läkare, fullkomligt förkastlig både från sjukvårds- och undervisningssynpunkt.

De ifrågavarande olägenheterna kunna dock undvikas, och vi kunna få välordnade och ändamålsenliga militära sjukvårdsinrättningar till gagn för vår armé. Och enligt mitt förmenande skulle man för rimligaste kostnad nå fullgodt resultat, om staten genom öfverenskommelse med respektive städer eller landsting kunde förvärfva rätt att anordna garnisonssjukhus i omedelbar anslutning till eller rent af i allo gemensamt med eventuellt förefintliga sjukvårdsinrättningar invid garnisonsplatserna. Det är ju gifvet att sättet för frågans lösning i denna riktning ej kan bli likformigt öfver hela landet; huru det närmare skulle ordnas finge naturligtvis i hvarje fall för sig bestämmas beroende på de lokala förhållandena, på vederbörandes tillmötesgående m. m. Många lösningar af frågan kunna ju tänkas. Å somliga håll ville man kanske, att staten skulle å lasarettstomten uppföra särskild sjukhusbyggnad, å andra vore man kanske hågad att för statens räkning anordna sjukhuslokaler eller upplåta behöfligt antal sängplatser. Att absolut hålla på en likformig lösning af denna fråga öfver hela landet är helt säkert icke lyckligt, under det att ett sjukhussystem, anordnadt efter de bästa möjligheter de olika förläggningsorterna erbjuda, tvifvelsutan är den bästa tänkbara lösningen.

Då den bärande tanken i detta projekt är, att de militära sjukhusen ständigt skola vara i full verksamhet, är det ju gifvet, att, om man beslöte sig för att å något håll bygga särskildt garnisonssjukhus å det civila sjukhusets tomt, detta i första hand vore ämnadt att mottaga de af vederbörande truppläkare inremitterade sjuke, men att det i mån af utrymme skulle mottaga andra manliga patienter. Under den tid inga värnpliktige ligga i öfning borde sjukhuset naturligen fortfarande fungera såsom en manlig afdelning af lasarettet.

Ett militärt sjukhus-system af denna art möjliggöres ju ock därigenom att med all sannolikhet — efter de uppgjorda förslagen att döma — civila sjukvårdsinrättningar komma att finnas invid så godt som alla infanteriregementenas förläggningsorter.

Det är att hoppas, att ett system af antydda art skulle kunna skänka fördelar såväl åt staten som ock åt vederbörande civila sjukvårdsinrättningar, och under sådana förhållanden borde en rimlig öfverenskommelse till bägge parternas bästa kunna åstadkommas utan att ena parten bör otillbörligt vinsta på den andras bekostnad. Att respektive städer och landsting vilja vid eventuella underhandlingar gå staten i möjligaste mån till mötes, därom kan man väl a priori ha grundad förhoppning. Jag vill till stöd för denna min åsikt påpeka det tillmötesgående staten redan rönt från en del af våra större landsortssjukhus genom de å dessa anordnade militära sjukvårdskurserna.

För att visa att man äfven å annat håll insett möjligheten af gemensamhet i sjukvård genom ömsesidig öfverenskommelse mellan olika sjukvårdsområden, får jag i detta sammanhang påpeka det samarbete i epidemisjukvården, som i Västmanlands län redan kommit till stånd mellan städer och kringliggande landsbygd. Här må ock erinras om de underhandlingar i samma syfte, som för närvarande pågå mellan Malmöhus läns landsting och städernas hälsovårdsnämnder.

Kunde öfverenskommelse af antydda art åstadkommas, vore ju sörjdt för bästa möjliga *sjukvård* åt våra värnpliktiga under fredsförhållanden. Men såsom redan är nämndt måste äfven sörjas för *läkarnes* och *sjukvårdarnes utbildning.* Och detta skulle ske genom att i öfverenskommelsen gjordes till villkor från statens sida, att en af läkarne vid de till sjukhuset hänvisade trupperna blefve fast anställd såsom läkare vid sjukvårdsinrättningen, och att militär sjukvårdsundervisning finge äga rum å sjukhuset. Beslöte man sig för byggande af särskilda garnisonssjukhus, skulle naturligen tillsättas en garnisonssjukhusläkare; ställdes däremot sjukvården åter

fullständigt »blandad», borde militärläkaren anställas såsom biträdande läkare e. d. Det är ju gifvet, att huru dessa befattningar än må benämnas, de måste vara fasta platser, och att innehafvaren af en sådan befattning skulle under endast mycket begränsad tid deltaga i trupptjänst (exempelvis regementsöfningar, sanitetstaktiska öfningar och inskrifningsförrättningar).

Fördelarne för armén att ha ett afsevärdt antal militärläkare i aktiv tjänst anställda vid våra lasarett ligga ju i öppen dag. På detta sätt kan armén förvärfva sig en stam duktiga sjukhusläkare, och det antydda systemet bör vara ägnadt att väcka och underhålla militärläkarens intresse för sitt kall på ett helt annat sätt än nu är fallet.

Undervisningen vid de militära sjukvårdskurserna har under de senaste åren tvifvelsutan högst väsentligt förbättrats därigenom att militära sjukvårdskurser äga rum vid flera af våra större civila sjukhus. Enligt min uppfattning blir emellertid denna undervisning ej fullt tillfredsställande förrän den kan tagas om hand af militärläkarne själfva. Det är militärläkarne, som skola ha de utbildade sjukvårdssoldaterna under sitt befäl, och det är att antaga, att intresset för att få väl utbildadt sjukvårdsmanskap vid armén är lifligast hos arméns egna läkare, liksom det är gifvet, att militärläkaren äger större sakkunskap än civilläkaren om hvad af en sjukvårdssoldat bör fordras. Genom lösandet af sjukhusläkarefrågan på angifna sätt kunde ju ock undervisningen skötas af militärläkare med tillgodogörande af det stora material, som finnes å våra lasarett.

Ordnas den militära sjukhusfrågan på det sätt här antydes, bör naturligen hela förvaltningen bli lokal och ställas under lasarettsdirektionen, lämpligen förstärkt. Det är ju ock sannolikt, att direktionerna vilja ha ett ord med i laget vid tillsättandet af de militära sjuhusläkaretjänsterna såsom de nu ha vid tillsättande af sina egna läkare, och äfven denna fråga bör med god vilja kunna ordnas.

Huru verksamheten bör ställas å de militärsjukhus, som redan äro färdigbyggda, måste naturligen vara föremål för särskild pröfning. Skola dessa kunna tillfredsställande fylla sin uppgift såsom sjukvårds- och undervisningsanstalter, kan planen för dess verksamhet omöjligen vara den hittills rådande.

I förbigående må nämnas, att man i andra länder mångenstädes vid mindre garnisonsplatser gjort öfverenskommelser om vård åt insjuknade militärer å de civila sjukhusen. Sådana aftal, hvilka dock endast ha sjukvården till syfte, och icke ha militärläkareutbildning och undervisning till ändamål, finnas

exempelvis i Norge, Danmark, Frankrike, Nederländerna och Tyskland. Äfven i vårt land finnes ett liknande förhållande i öfverenskommelsen mellan garnisonssjukhuset och Stockholms stads hälsovårdsnämnd angående vården af epidemiskt sjuka.

Det är nog sannt, att hos oss ofta sjuka militärer afpolleterats till civila sjukhus. Just i denna omständighet afspeglar sig det bristfälliga skick, hvari vårt militära sjukhusväsen hittills befunnit sig. När det varit fråga om något allvarsamt fall — vare sig kirurgiskt eller medicinskt — har den tillfällige militäre sjukhusläkaren naturligen ej kunnat anse sig i sjukhusanordningar eller assistans ha förutsättningar för att vårda detta, utan har han måst sända sådana fall till civila sjukvårdsinrättningar. Tvifvelsutan har denna omständighet bidragit till att skapa den uppfattning, som nu nästan oemotsagdt är allas, att vår militära sjukvård är af sekunda art.

Helt visst skulle den militära sjukvården göra en stor vinst, om en sammanslagning på angifna grunder med den civila kunde äga rum. Detta redan under fredstid, men vinsten skulle bli af oskattbart värde under ofredsdagar, då armén finge till sitt förfogande en stab modärnt öfvade sjukhusläkare och väl utbildadt sjukvårdsmanskap.

Att framlägga ett detaljeradt förslag har naturligen ej varit möjligt. Jag har endast velat gifva ett uppslag, som sundt utveckladt bör kunna blifva en fast grund till ett verkligt godt militärsjukhusväsen i vårt land. I och med föreningen med det civila sjukhusväsendet skulle detta system i sig självt ha kraft till ständig utveckling, och ingen fara finnes, att det skulle försumpas och stanna efter såsom hittills varit fallet.

Angående kostnaderna tror jag ej, att någon rimlig invändning kan göras. Anläggningen och driften af sjukhusen måste bli väsentligt billigare enligt detta förslag än efter det hittills följda systemet. Flera militärläkarelöner behöfva ej begäras, då en reduktion af antalet ständigt disponibla trupploläkare snarast måste äga rum.

Genom denna systemförändring skulle äfven militärläkarebanan bli från medicinsk synpunkt tillfredsställande, och militärläkaren skulle i likhet med hans civila kolleger åtnjuta fullt förtroende af såväl militären som den stora allmänheten.

Bokanmälan.

Anders Wide: ***Bad och kroppsöfningar.***

Föreliggande arbete utgör en om- och bearbetning af ett par af förf. förut utgifna populärt hållna skrifter och behandlar i tvänne afdelningar bad och kroppsöfningar.

I den förra lämnar förf. inledningsvis synnerligen goda och praktiska uppgifter om betydelsen och nyttan af bad, om deras allmänna verkningar, varningar för öfverdrifter i badning och mycket goda råd angående kroppens vård omedelbart före och efter badet. Därefter beskrifvas kort men fullständigt de vanligen förekommande badformerna i afseende på lämplig temperatur, långvarighet, behandlingen i badet, efterbehandlingen och allmänna förhållningsregler med lättfattliga indikationer, därvid särskildt påpekas nödvändigheten af att ej utan läkares ordination begagna sig af en del mera ingripande badformer, hvilket särskildt gäller de s. k. medikamentösa baden, hvaröfver en kort resumé gifves som afslutning af denna afdelning.

Den senare delen af arbetet, om kroppsöfningar, utgör närmast en handledning i s. k. hemgymnastik. I inledningen framhålles betydelsen af kroppsöfningar, hvad som är lagom däraf, och huru de bäst böra väljas för att verka gagnande och icke skadligt. I korthet men koncist och öfvertygande äro äfven lek och idrott afhandlade, hvarvid förf. allvarligt varnar för ungdomens deltagande i de alltför ofta återkommande sport-täflingarna. Några gymnastiska dagöfningar med förklarande text och formrena figurer äro uppställda och visa, huru enhvar utan andra anordningar än hvad hans eget rum erbjuder, kan själf taga en på fysiologiska grunder rationellt ordnad, gymnastisk dagöfning.

Boken afslutas med några kortfattade upplysningar om anordnande af öfningar i simning samt (ur Svenska lifräddningssällskapets handbok)» regler för skenbart drunknades behandling».

Arbetet är så redigt och klart uppställdt, dess innehåll så lättfattligt, att nästan hvarje människa, yngre eller äldre, bör kunna tillgodogöra sig detsamma, och då dess syfte är så ytterst beaktansvärdt, som att väcka hågen för rationellt genomförda kroppsöfningar och för en så viktig gren af den allmänna hygienen som bad, så torde det vara onödigt påpeka, att det i allo bör varmt rekommenderas och få den största möjliga spridning.

Afdelningen Kroppsöfningar utkommer under innevarande år i engelsk, tysk och holländsk öfversättning.

Sven Wallgren.

(Insändt).

I militärläkarefrågan.

I den diskussion, som jag väckt i denna fråga genom en artike signerad »Kriticus» (1906 n:r 44, sid. 699) och i hvilken diskussion ja senare under signaturen »Bataljonsläkare» (n:r 47, sid. 749) antydt e förslag till frågans lösning, ber jag ännu en gång få ordet.

Beträffande militärläkarnes sociala ställning i förhållande till mil tären, ber jag få pointera, att, då de ledande inom armén bestäm läkarnes rang, de väl gjort detta med hänsyn till den aktning detta yrk af dem ansetts äga vid jämförelse med det militära. De ha då, hvilke i diskussionen påpekats, satt stipendiater af I och II klass, oafsed ålder och tjänstetid, sist efter yngste löjtnant, respektive underlöjtnan och bataljonsläkare ha fått behålla löjtnants rang till 40—45 års ålde under det jämnåriga officerare långt tidigare ha kaptens grad. Viss ej detta ringaktning för läkaryrket i allmänhet, så visar det åtminston ringaktning för militärläkareyrket.

Det torde icke ha kunnat undgå kamraterna att få höra, hur militärläkare bli bedömda inom både militära kretsar, civila läkar kretsar och af allmänheten. Är detta allt utan orsak?

Aktning förvärfvar i allmänhet endast det yrke, som är förbunde med nyttigt arbete. Såväl militären som allmänheten ha en känsla a att den stora mängd militärläkare, som staten om än styfmoderlig aflönar, icke kunna hafva arbete i fredstid, utan att de betrakta si tjänst som en bisyssla eller som ett sätt att skaffa sig pension. Mil tärens missnöje med sina läkare beror till stor del på den fullständig saknad af fackutbildning, som nu förefinnes, och hvilken gör den ung militärläkaren osäker och famlande; det omdöme, som militären dära bildar sig om okunnighet i militära saker hos läkarne, hvilken okunnig het är påtaglig och lättförklarlig, generaliseras alltför lätt på läkarnes hel verksamhet. Den militärläkarekurs, som nu gifves för relativt gaml bataljonsläkare, innefattar saker, som borde vara inhämtade före först anställning som militärläkare.

Däremot ingå i kompetensvillkoren för fast anställning som ba taljonsläkare stipulationer, som snarare sänka än höja rekryteringen a militärläkarekåren. Jag syftar på, att anställning som underläkare vi garnisonssjukhuset är kompetensvillkor för bataljonsläkaretjänst; dett är tydligen tillkommet för att få underläkare vid sjukhuset och för at hindra civila läkare från att få sjukhusläkaretjänst och bataljonsläkare tjänst. Allt, som afstänger det stora flertalet läkare från militärläkare banan utan att öka kompetensen bland kårens egna läkare, minska blott kårens anseende bland de civila läkarne.

Saknaden af ansvarig chef för fältläkarkåren är ett förhållande som i allmänhet icke är kändt af hvarken militärer eller civila läkare Allmänt antages, att öfverfältläkaren skulle ha något chefskap, me hans befogenhet inskränker sig till den, han som ledamot af medici nalstyrelsen kan äga; chef är han blott för stipendiater och reserv läkare. Genom denna brist i organisationen bli tjänsteåligganden olikformigt och delvis godtyckligt fördelade i de särskilda arméfördel ningarna. Genom bristen på kompetent tillsyn öfver, hur tjänste skötes, ha läkarnes både skyldigheter och rättigheter blifvit förbi sedda.

Något, som icke heller kan vara förenligt med en god organisa tion af militärläkarekåren är, att äldre 55—63 års läkare, hvilkas fält duglighet väl kan vara starkt ifrågasatt, få innehafva truppläkaretjänst Läkarne borde pensioneras vid den ålder, som motsvarar deras lön

d. v. s. regementsläkare vid samma ålder som 1:ste kapten (de ha som bekant 1:ste kaptens lön); de äro nog lika litet som kaptener fältdugliga vid högre ålder.

Med nuvarande organisation är det vidare icke troligt, att dugande yngre läkare framdeles skola finna med sin fördel förenligt att söka militärläkaretjänst, som kommer att vålla dem stora ekonomiska svårigheter genom den ringa aflöning, som tillkommer dem och genom de små möjligheter till privat praktik, som finnas för dem i garnisonsstäderna, hvilka redan förut ha sitt läkarebehof fylldt. —

För att få mina synpunkter vid en förestående omorganisation dryftade bland kamraterna, anför jag här ett utkast:

1) Gör alla våra värnpliktige medicinare så pass utbildade för deras tjänst i fält, som under värnpliktstiden är möjligt. Då har armén fått en så stor fältduglig läkarekår, som öfverhufvud står att få. Detta borde ske enligt min tanke på det sätt, att medicinarne under beväringsrekrytskolan utbildades vid infanteriet till underbefäl; de måste nämligen i fält kunna i någon mån föra befäl. Förlades hvarje årsklass värnpliktige medicinare tillsammans vid ett infanteriregemente under rekrytutbildningen, kunde medicinarne kanske få börja sitt möte en månad efter öfriga värnpliktige, men den senare utbildningens kraf på infanteristen bör den värnpliktige medicinaren genom egen erfarenhet ha fått känna på. Gif honom denna månads minskning på beväringsrekrytskolan och ålägg honom i stället att fullgöra sina 3 repetitionsöfningar i en följd i Stockholm under en 3 månaders kurs för värnpliktiga läkare; denna kurs skulle få genomgås först efter afslutad propedeutisk tjänstgöring, efter tjänstgöring vid ögon- och ev. öronklinik samt efter afslutad hygienisk kurs vid Karolinska Institutet. Då bör den värnpliktige medicine kandidaten vara så utbildad i sitt yrke, att han efter en 3 månaders kurs i militärmedicinska ämnen är betydligt mera kompetent för läkaretjänst i fält, än många af militärläkarne för närvarande äro. Kursen hade jag tänkt mig skola stå under öfverinseende af IV arméfördelningschefen och öfverfältläkaren; den borde ledas af stabsofficer, trängofficer och läkare samt innefatta äfven sanitetstaktiska öfningar. För att få så många som möjligt att tillgodogöra sig kursen, så låt dem, som vilja underkasta sig slutpröfning, få några fördelar för denna sin uppoffring af arbete, exempelvis: gör slutpröfning obligatorisk för dem, som ämna sig i aktiv militärläkaretjänst eller som tänka gå in i reserven; gif dessa senare turberäkning allt efter det sätt, som slutpröfningen med dem utfallit (reserven har som bekant numera äfven ekonomiska fördelar att erbjuda).

2) Reducera läkarbeställningarna vid den aktiva kåren till minsta möjliga antal, exempelvis en regementsläkare för hvarje truppförband; denne skulle då få ligga i ständig tjänstgöring. Placera bataljonsläkare till det antal, som är nödvändigt, direkt under den föreslagna sjukvårdsstyrelsen att af denna styrelse kommenderas på inskrifningsförrättningar, repetitionsöfningar och dylikt.

3) Anordna repetitionskurser: för regementsläkarne och reservläkare; dessa kurser böra kunna begränsas till 3—4 veckor.

4) Sätt läkarnes pensionsålder förr före än efter officerares med samma lönegrad, så att icke truppläkarne bli för gamla.

5) Vid hvarje arméfördelning bör finnas en fältläkare, hvars kompetens som hygieniker bör på lämpligt sätt vara styrkt.

6) Gif fältläkarekåren en chef med i hygien och bakteriologi skolade assistenter, så att den militära hälsovården därigenom får en ansvarig och kompetent målsman.

7) Och framförallt, sök få den militära läkarekåren så nära

bunden vid våra medicinska utbildningsanstalter som möjligt, dels ge nom att i främsta rummet antaga till bataljonsläkare, underläkarn vid våra lasarett samt amanuenserna i bakteriologi, hygien och kem vid våra medicinska högskolor, dels genom att få de viktigare platsern inom militärläkarekåren tillsatta efter yttrande af en vetenskaplig kompetent kommission

Jag upprepar, att detta endast är ett utkast, afsedt för kritik.

K. R.—iticus,
Bataljonsläkare.

(Insändt).

Provinsialläkarnes pensionsfråga.

I Läkartidningen hafva två ärade kolleger tagit till orda i denn fråga, och då den minsann tål att dryftas tidt och ofta, om något fö oss provinsialläkare nyttigt *resultat* skall vinnas, torde det tillåtas mi »draga mitt strå till stacken».

Som bekant afgaf Kungl. Maj:t till Riksdagen 1904 en propositio i provinsialläkarepensionsfrågan, hvari föreslogs bland annat

att provinsialläkare, som uppnått 60 år och tjänstgjort i 25 å af hvilka minst 20 som provinsialläkare och återstående tiden i anna statens tjänst *eller i extra provinsialläkaretjänst eller* sådan *stadsläkar tjänst*[1]), med hvilken varit förenad rätt att vid befordran räkna tjänsteå lika med civile läkare i statens tjänst, skall vara berättigad att vid a gång från tjänsten erhålla pension å allmänna indragningsstaten ti belopp af 4,000 kr. Detta förslag, grundadt på medicinalstyrelsens oc statskontorets väl motiverade utlåtanden, tycktes skola vinna Riksdagen bifall, i det att detsamma tillstyrktes såväl af vederbörande utsko som Första kammaren, men så kom Andra kammaren med sitt »ble lagda nej», till stöd hvarför hufvudsakligen anfördes, att man bord afvakta resultatet af pensionskommitténs arbete. På så sätt blef dett förslag slopadt, oaktadt det innebar en så odisputabel rättvisa, och s väl *kunde* godkänts äfven af Andra kammaren, då det ju gällde e *principfråga*, som var alldeles oberoende af den utsträckning i ålde och tjänstetid, som pensionskommittén förmenades ämna föreslå.

Vi hade sålunda åter från förhoppningarnes höjd slungats ned misströstans djup. De flesta af oss, som ju innan vi befordrades ti provinsialläkare under många år varit extra provinsialläkare elle stadsläkare, skulle sålunda icke hafva *någon* nytta af dessa år, då dock hafva tjänsteåligganden fullkomligt analoga med provinsialläkaren medan däremot några kolleger, som haft lyckan att ha varit militär järnvägs- eller fängelseläkare med icke alls likartadt arbete med pr vinsialläkarnes, skola få räkna sig dessa år till godo.

I detta dystra perspektiv fanns dock en liten ljuspunkt. D kunde ju hända, att pensionskommittén skulle kunna upptaga det do af Riksdagens flertal omfattade rättvisa regeringsförslaget från 190 Denna förhoppning grusades dock, då man genomläste propositione till nuvarande Riksdag om civilstatens pensionering. Denna på pe sionskommitténs förslag grundade framställning lyder beträffande pr vinsialläkarne sålunda:

---

[1]) Kursiv. af ins.

»Rätt att komma i åtnjutande af helpension inträder

— —

c) för provinsialläkare vid 62 lefnads- och 27 tjänsteår».

Pensionskommittén hade föreslagit 62 lefnads- och 30 tjänsteår. Mot denna höjning af *tjänsteåren* hade medicinalstyrelsen opponerat sig, och statskontoret hade i anledning däraf föreslagit 62 lefnads- och 27 tjänsteår — »utan att återupptaga den för närvarande gällande bestämmelsen, att af tjänsteåren 20 år böra vara tillbragta som provinsialläkare.»

Då nu, enligt hvad från fullkomligt tillförlitligt håll blifvit upplyst, med dessa 27 tjänsteår menas *statstjänstår,* så har man ju tydligen kommit »ur askan i elden». Ställningen har blifvit försvårad i stället för förbättrad. Om en extra provinsialläkare (eller stadsläkare) för närvarande är 42—45 år, innan han kan få ordinarie provinsialläkaretjänst, så skulle han ju bli *69—72 år,* innan han finge pension, såvida han ej vore nog lycklig att ha några års meriter såsom militär-, järnvägs- eller fängelseläkare, och i det ovanligt gynsamma fall, att han redan vid 40 år blifvit provinsialläkare, skulle han ändock uppnå 67 års ålder, innan han kunde pensioneras. Är sådant rimligt? Huru många provinsialläkare finnas väl, som vid 66—70 års ålder ens tillnärmelsevis nöjaktigt förmå uppehålla tjänsten? Säkerligen icke en på 50. De flesta nå för öfrigt aldrig denna ålder.

Hvarför nu medicinalstyrelsen, statskontoret och Kungl. Maj:t ej åter upptog det förnuftiga förslaget från 1904 vet jag icke, men högst ledsamt är, att så icke skedde.

Finnes då intet sätt att lösa frågan, så att rättvisa skipas och statsintressena tillgodoses?[1]) Ja, såvidt jag kan se, endast genom att *vädja till Riksdagen.* Kunna några riksdagsmän förmås att i kamrarne väcka motion om införande af den kloka och rättvisa grundsats, som präglade förslaget från 1904 — naturligtvis med tillämpande af de nu projekterade 62 lefnads- och 27 tjänsteåren — så torde en ändring ej vara omöjlig (om en sådan låter sig genomföras utan bestämmande af ett minimiantal tjänsteår som provinsialläkare är väl dock föga sannolikt). En sådan motion skulle mycket väl hinna väckas och behandlas i laga tid, enär 10:e hufvudtiteln ju nästan aldrig kommer under debatt förrän mot slutet af riksdagen.

Förutom sådana motioner borde någon utredande och sammanfattande skrift uppsättas, som i korthet påvisade sakförhållandena, och som kunde utdelas till hrr riksdagsmän. Skulle icke provinsialläkareföreningens styrelse kunna åtaga sig en sådan sak? Eller skulle styrelsen hellre vilja sammankalla föreningen till extra sammanträde för opinions afgifvande? *Hvad som skall göras måste emellertid göras snart.*

Kamrater! Något måste försökas för att, så långt görligt är, bevaka våra intressen. Må vi erinra oss det intensiva arbete, som våra äldre kolleger i början af 1880 talet utvecklade för att skaffa vår kår en bättre ekonomisk ställning. Låtom oss nu icke släppa taget. — Säkerligen känner hvar och en af oss mer än en riksdagsman, som han kan intressera och upplysa om det rättmätiga i vår begäran.

Önskligt vore ock, att flere kamrater ville i denna tidskrift taga till orda i frågan.

H.

---

[1]) Ty det *är* verkligen ett statsintresse och *högst viktigt* sådant, att provinsialläkaretjänsterna ej uppehållas af utlefvade orkeslösa gubbar.

Periodisk litteratur.

Här meddelas de senaste tidskriftshäftenas innehåll med undantag af referat, boknyheter m m

Medicinsk Revue, n:o 2. *Karl A. Andresen:* Kverulantforrykthed. — *H. Natvig:* Urinretention i gynækologiske tilfælde. — *L. Smit* Bier's stasehyperæmibehandling. — *M. Geirsvold:* Om opsoniner.

Tidskrift for den norske lægeforening, n:o 3. *Fredrik Grøn* Bidrag til den norrøne lægekunsts historie. — *C. J. Ellefsen:* Om behandling af ileus med elektricitet — *E. Støren:* Hygieniske meddelelse og social medicin: Om kostholdet i Trøndelagen. — *T. Petersson:* Elverums kommunale sygehjem.

Norsk Mag. for Lægevidenskaben, n:o 2. *M. Haaland:* Musekræft og experimentel kræftforskning. — *Jørgen Thesen:* Bemerkninge om pathogenesen og behandlingen af ulcus ventriculi. — *Asbjørn Nilssen:* Carcinoma prostatae med metastaser særlig til columna og peritoneum.

Ugeskrift for læger, n:ris 5—8. *Ejnar Nyrop:* Studier ove Ventrikeloperationer ved »benigne» Lidelser med Stenose. — *Knu Malling:* Et Tilfælde af Endotelioma sarcom. duræ matr. Behandle med partiel Ekscision og Røntgenstraaler. — Det kongelige Sundheds kollegiums Klage til H. M. Kongen. — *L. Juul:* Om Blodundersøgelse Fæces.

Hvarjehanda notiser.

Jubileumsfondens sanatorier. Vid början af innev. mars måna var antalet patienter, som väntade på ledig plats vid sanatorierna, följande

	Män			Kvinnor		
	Hålahult	Österåsen	Hossleby	Hålahult	Österåsen	Hossleby
Plats i helenskildt rum à 3,50 pr dygn	3	5	3	2	2	10
» i halfenskildt » » 2,50 » »	12	6	12	8	7	25
» i allmänt » » 1,25 » »	62	41	56	50	39	36
» i » » » 0.50 » »	66	55	65	60	21	55

Vanföre-statistik. Vid 1904 års riksdag väcktes af hr Ad. Hedi en motion, jämlikt hvilken riksdagen sedermera beslöt att hos Kungl Maj:t hemställa om undersökning rörande antalet lytta och vanföra landet. Denna undersökning har af K. Maj:t öfverlämnats åt statistisk centralbyrån att utföras i hufvudsaklig öfverensstämmelse med viss af centralbyrån föreslagna grunder Hvad angår undersökningen a antalet lytta och vanföra bland tjuguettåriga män, skall det åligga e mindre vederbörande inskrifningsområdesbefälhafvare att efter inskrif ningsförrättningarnas slut till k. m:ts befallningshafvande i länen in sända utdrag ur inskrifningslängden, utvisande, hvilka personer på grund af lyte förklarats odugliga till vapentjänst samt hvad längden om den innehåller, än äfven k. m:ts befallningshafvande att genom de kommunala myndigheternas försorg införskaffa de ytterligare upplysningar som må finnas erforderliga. — Statistiska centralbyrån har erhållit be

fallning att, efter samråd med medicinalstyrelsen, till k. m:t afgifva förslag till formulär samt närmare bestämmelser om de för en sådan undersökning erforderliga primäruppgifter m. m.

Tyfus-frågan. K. Maj:t har tilldelat docenten Ernst Levin ett reseunderstöd à 600 kr. för att under en månads tid besöka tyfusstationer i Tyskland samt studera där använda metoder för bekämpande af tarmtyfus.

Nationalföreningen mot tuberkulos har tilldelat marinläkaren Gemmel ett stipendium för studier vid Hålahult under två månader.

En kurs i rättspsykologi och rättspsykiatri för läkare och jurister kommer att hållas vid universitetet i Giessen 15—20 nästk. april.

Lunds universitet. Större akademiska konsistoriet har med alla röster mot en tillstyrkt medicinska fakultetens enhälliga förslag att d:r Overton i Würzburg måtte utan ansökan utnämnas till e. o. professor i farmakologi. Professor Ask ansåg sig af formella grunder hindrad att tillstyrka förslaget på den grund att d:r O. icke bekänner sig till den rena evangeliska läran såsom regeringsformen § 28 föreskrifver om utländske män. D:r O. tillhör engelska statskyrkan.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar. att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Lasarettsläkartj:n i Söderköping[1]) lön: 3,000 kr. jämte två ålderstillägg à 500 kr. och 300 kr. i semesterpengar)	18 mars.
Tre marinläk.-stip.-befattn:r (ansökan, ställd till med.-styr:n, inl. hos marinöfverläkaren)	18 mars.
Distr.-läk.-tj:n i Norrköpings stads norra distr. (ledigförklarad på grund af att tiden för nuv. inneh:ns förordnande utgått)	20 mars.
Underläk.-tj:n vid sjukhuset Eira, Stockholms stads och läns sjukhus (tillträdes 1 april; löneförmåner: 2,100 kr. jämte fri bostad; ansökan, ställd till sjukhusets direktion, inlämnas à sysslomansexp. Handtverkargatan 13)	25 mars.
En underläk.-tj. v. Vänersborgs hosp. o. asyls mansafd.[3]) (löneförmåner: 2,500 kr. (+ 1,000 kr. för lic.) jämte fri bostad och kost samt 200 kr. för kostförbättring)	6 april.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Jönköping[3]) (löneförmåner: 1,800 kr. jämte fri bostad och kost eller 600 kr. i kostpenningar)	6 april.
Extra prov.-läk.-tj:n i Lima distr. (omfattar Lima och Transtrands socknar af Kopparbergs län med 4 582 invånare den 1 jan. 05; löneförmåner: 3,500 kr. jämte fri bostad; tillträde 22 juni; ansökan, ställd till distr.-styrelsen, adr. komm.-ordf. B. P. Larsson, Limedforsen)	30 april.

Af Kungl. Maj:t utnämnda eller transporterade:

Till förste prov.-läk. i Gottlands län och prov.-läk. i Visby distr.: lic. *J. A. Lagerman.*
Till innehafvare af ett resestipendium å 500 kr.: t. f. med.-rådet *R. Stenbeck.*

Af Med.-styr:n utnämnda och förordnade:

Till amanuens v. Stockholms hosp. (ett år fr. 1 april): kand. *H. Fröderström.*

Af vederbörande myndigheter antagna:

Till fäng.-läk. i Vänersborg: bitr. prov.-läk. *P. H. R. Jennische.*

Af Med-styr:n upprättade förslag:

Till *reg:tsläk.-tj:n v. Östgöta trängkår:* S. A. Kihlblom, C. O. J. Nennes, A. Gullström (förord).
Till *reg:tsläk.-tj:n v. Södra skånska inf.-reg:tet:* N. G. Samuelson (förord), H. E. Lindgren, S. A. Kihlblom.

Af Med.-styr:n afgifvet förord till apoteksprivilegium:

Till *apoteket Storken i Malmö:* C. S. Simpler (af apot.-soc:n föreslagna: C. S. Simpler, C. G. Bergqvist och E. Bergwall).
Till *apoteket i Karlshamn:* C. F. W. Kolm (af apot.-soc:n föreslagna: C. F. W. Kolm, E. R. Matérn-Lindewald, C. F. Asplund).
Till *apoteket i Skellefteå:* C. H. F. Eneroth (af apot.-soc:n föreslagna: C. H. F. Eneroth, C. S. Simpler och J. H. Hedin).

Sökande:

Till *reg:tsläk.-tj:n v. Östgöta trängkår* (i ordn. efter tj:år): bat.-läkarna Kihlblom (n:a skånska inf.-rtet), Nennes och Gullström (Dalrtet), Nyström (Smålands husarrte), Schildt (Göta trängk.) och Fredriksson (Värmlands rte).
Till *reg:tsläk.-tj:n v. Södra skånska inf.-reg:tet* (i ordn. efter tj:år): reg:ts-läk. Samuelson (skånska trängk.), bat.-läkarna Lindgren och Kihlblom (n:a skånska inf.-rtet), Nennes (Dalrtet) och Jerre (skånska dragonrtet).
Till *en bat.-läk.-tj. v. Västmanlands reg:te* (i ordn. efter tj:år): bat.-läkarna Lindblom (Västernorrlands rte), Erhardt och Efvergren (reserven).
Till *en bat.-läk.-tj. v. Lifreg:tets grenadjärer* (i ordn. efter tj:år): bat.-läkarna Lindblom (Västernorrlands rte) och Möller (Skaraborgs rte).
Till *bat.-läk.-tj:n v. Norrlands trängkår:* ingen sökande.
Till *bat.-läk.-tj:n v. Östgöta trängkår:* ingen sökande.
Till *ex. prov.-läk.-tj:n i Malå distr.:* lic. K. G. A. Brand.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Asylläk. *K. S. J. Norén* och bitr. hosp.-läk. *H. Lundborg* t. f. öfverläk. v. Uppsala hosp. och asyl 1 mars—31 maj (t); under samma tid uppehålles en bitr. hosp. läk.-tj. af kand. *Halvar Lundvall* 1—14 mars och af lic. *C. Ekecrantz* 15 mars—31 maj.
Lic. *A. Lagerman* att tillsvidare biträda i sjukvården under den i Mjölby med omnejd pågående tyfusepidemien.
Fältl.-stip. 2:a kl. *J. H. Wennerberg* t. f. läk. v. Skånska husarreg:tets bev. rekv.-skola 4 april—20 aug.

Död:

Innehafvaren af apoteket Kronan i Uppsala m. m. *F. J. A. Westerdahl* afled den 5 mars vid 78 års ålder.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 22 mars 1907.

4:e årg. | Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER. | N:o 12.

Innehåll: ERIK LINDSTRÖM: Trenne fall af tarminvagination. — Insändt. — Till Läkartidningens Redaktion. — Om militärläkare-banan. — Insändt. — Periodisk litteratur. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser. — Epidemiöfversikt.

Ur Gäfleborgs—Dala Läkare- och Apotekareförenings förhandlingar.

Bilaga B. till protokollet den 10 nov. 1906.

Trenne fall af tarminvagination.

Af

Erik Lindström.

I. Arb. K. J. G., 41 år, Norrsundet. Insjuknade den 12 aug. 1906 på middagen med häftiga kolikplågor. På aftonen inställde sig kräkningar. Afföringen normal dagarna förut och äfven den 12:te på morgonen. Sedan insjukningsdagen ingen afföring och ingen afgång af flatus. Den 13 ett par kräkningar, ej illaluktande. Förut alltid frisk, har endast ibland känt mycket snart öfvergående koliksmärtor. Inkom till lasarettet den 14 kl. 2,30 e. m.

Buken hög och spänd. Stark tympanism. I sidorna matt ton, som ändras vid lägeförändringar. Ömhet starkast nedanför nafveln, ej mer åt höger sida. Per rectum kännes fossa Dougl. diffust nedbuktad (utspänd tarm), ömmande.

Tarmsköljningar med vatten och glycerin utan resultat. Temp. 38. Puls regelbunden, frekvens 128. Från lungor och hjärta intet. Urin sur, spår alb. reducerande.

Operation samma dag kl. 4 e. m. Snitt i medellinien nedom nafveln. Fri, starkt grumlig vätska i buken. Tunntarmarne starkt utspända, injicerade. Ileum invaginerad på en sträcka af cirka $1/_2$ meter. Spetsen af det invaginerade stycket

kännes helt nära (ungef. 5 ctm.) från valvula Bauhini. Tarmen missfärgad här, och med nekrotisk yta. *Resektion af ungefär 1 1/2 meter tarm.* Genom den centrala tarmöppningen tömdes den ofvan starkt utspända tunntarmen så mycket som möjligt. Tarmändarna invaginerades och slötos, hvarefter en stor *enteroanastomos* anlades mellan ileum strax ofvan invaginationsstället och colon transversum. Då äfven mesenteriet motsvarande det resekerade stycket var missfärgadt inlades en tampon däremot och mot tarmändarna. Tamponen utfördes genom en sidoincision å höger sida, hvarefter buksåret fullt slöts.

Det invaginerade partiet var nästan fullt gangränöst. Den beklädande tarmen fläckvis.

D. 15/8. Allmäntillstånd godt. Gaser ha afgått vid sköljning.

16/8. Gaser afgått spontant och i riklig mängd vid sköljning. Buken mjuk. Puls god, frekv. 96.

18/8. Spontan afföring.

Så länge han sedan låg till sängs hade han spontana fasta afföringar 1 och 2 ggr dagl. Sedan han började gå uppe lösare afföringar, 3 och 5 ggr första dagarna, dock ej diarrhé. På natten sällan någon afföring. Sista dagarna vanligen 2 ggr om dagen ett par ej fullt fasta öppningar. Utskrifven läkt 20 sept.

II. Åke W. 12 år, Gäfle. Den 27 dec. 1905 råkade han få ett vådaskott i buken af en i fickan liggande salongspistol. Hade kort förut ätit en riklig middag. Vid inkomsten ett par timmar efter, ej ännu smärtor eller kräkning. Temp. 37,2. Puls 80. I laterala kanten af musc. rectus dext. något ofvan nafvelplanet ingångsöppningen till en skottkanal, ränderna svedda. Buken ej uppdrifven. Markerar ömhet nedanför nafvelplanet och i högra lumbalregionen. Pat. intogs *genast* å operationssalen för *laparotomi.* Under tvättningen redan inställde sig ymniga kräkningar. Snitt i medellinien. Till höger i buken fri, tunn, blodblandad vätska. Medialt och nedåt i förhållande till ingångsöppningen påträffades den inre öppningen i bukväggen. Rätt bakom (sålunda dislocerad medialt, och utan colon ascendens) låg caecum och å dess främre vägg fanns 2 perforationsöppningar på hvardera sidan om en tænia. Medialt här om perforation af omentum majus och medialt och nedom träffades en slynga med en perforationsöppning och inne i tarmen, några ctm därifrån, kulan. För säkerhets skull genomsöktes hela tunntarmen, hvarvid hittades en af 2 öppningar perforerad slynga och 2 andra ställen, där kulan blott rispat väggen utan att perforera. Suturering af de läderade och perforerade ställena. Utdrikning af en del fritt tarminne-

håll i buken samt koksaltsköljning. Ett drainagrör och tampon från nedre särvinkeln ned i bäckenet. $^{28}/_{12}$ togs drainröret och d. $^{30}/_{12}$ tamponen. Dagen efter operation afföring efter tarmsköljning. Likaså följande dagar.

$^{31}/_{12}$. I dag kväljningar och kräkts ett par gånger. Skall förut haft dålig mage och ofta kräkning.

$^{1}/_{1}$ 06. Ingen afföring eller flatus med lavement. Buken uppdrifven, kräkts ett par gånger.

$^{2}/_{1}$ 06. Spänningar och buller i buken, hvarför *Relaparatomi* beslöts, som patienten själf påskyndade därigenom, att han vid magsköljning krystade fram en 15 ctm lång uppblåst tarmslynga genom dränageöppningen i buken.

Efter desinfektion af huden och rentvättning af den prolaberade tarmen, öppnades buksåret. De djupa försänkta suturerna i sårets nedre hälft hade förut gått upp. Den prolaberade tarmslyngan befanns vara en del af den öfre, i sin helhet starkt utspända delen (mer än hälften) af tunntarmen. Denna befanns strangulerad under oment. majus, som med ytan, där det var genomskjutet, adhererat till en tunntarmslynga.

Strangulationen låg något nedom midten af tunntarmen, som nedanför var alldeles hopfallen och ofvan starkt utspänd.

Strax ofvan strangulationen fanns en 5 à 6 ctm lång *invagination*, som löstes relativt lätt och ej visade några svårare cirkulationsrubbningar.

Spetsen af intussusceptum utgjordes af ett ställe af tarmen, där den varit dubbelt perforerad och inviken nästan rundt om vid föregående operation. I hypogastrium riklig klar, delvis koagulerad vätska, som upphämtades. Därefter sköljdes med koksaltlösning. I det starkt utspända tarmpartiet omedelbart ofvanför invaginationsstället infördes en Nelatons kateter för tömning af tarmen och för anläggning af fistel à la Witzel. Katetern nedfördes genom det förträngda stället af tarmen, som utgjort spetsen af intussusceptum. Tarmen fästades i öfre delen af operationssåret, som slöts så när som på nedersta vinkeln, där en tampon nedfördes i bäckenet.

$^{3}/_{1}$. Genom den inlagda katetern och per anum har gått flatus och afföring.

Läkningsförloppet sedan godt. Tarmröret uttogs efter några dagar, hvarefter fisteln snart läkte sig. Afföringarna utan svårighet. Utskrefs frisk d. $^{28}/_{1}$.

Tillståndet sedan godt under det halfår jag följde honom, utom en gång på våren, då han en natt fick häftiga kolikr plågor och kräkningar. Efter lavement och ett par kräkningat till, hvarvid uppkom bland andra matrester ett stycke rökfläsk af tummes storlek (otuggadt) gingo symptomen öfver.

III. Gårdsägaren L. L. 65, år, Högbo förs. Insjuknade d. 2. okt. 1905 på f. m. med smärtor i buken, som ökade och blefvo häftiga på middagen, så att patienten vred sig som en mask. Patienten lokaliserade dem till epigastrium och nafveltrakten. Äfven kräkningar. Smärtorna lindrades på kvällen efter m$\overset{+}{o}$inj. och ha ej sedan varit så svåra. Han har ej sedan kräkts. Afföring på morgonen d. $^{2}/_{10}$, sedan ej afföring eller flatus. Fick lavement hemma utan effekt.

Afföringen förut hvarje dag, än lös, än hård, små exkrementklumpar. Ej sett blod eller slem.

Matlust i allmänhet god, ej smärtor eller kräkning efter ingestionen. *Har magrat sista året.*

Inkom på *eftermiddagen d. 3 okt.* Temp. 37,6°. Puls 142, oregelbunden, liten och hård. Radialarterer slingriga, starkt rigida. Normal hjärtdämpning, toner dofva, andra aortaton accentuerad. Intet från lungor. Urin sur, spår alb. ej reduc.

Buken ej uppdrifven, oöm, mjuk; endast lindrig ömhet i regio iliaca sin. och suprapub. Ingenting palpapelt. Ej abnorm dämpning. Per rectum palperas fossa Dougl. spänd, oöm.

Efter lavement tämligen stor öppning och afgång af flatus, afföringen blodfärgad.

$^{4}/_{10}$ Efter lavement stor afföring, med starkare blodtillblandning. Flatus. Fick på dagen ricinolja, men kräktes upp den. På middagen $^{1}/_{2}$ glas bittervatten samt mjölk skedvis under dagen. En kräkning på e. m.

$^{5}/_{10}$. Som kräkningar fortsatt under natten, buken är mer uppdrifven och ömmande, gjordes i dag på morgonen. *Laparotomi.* M$\overset{+}{o}$· Schleisch-adrenalin. Mediansnitt nedom nafveln. I buken liten mängd blodfärgad vätska. I lilla bäckenet låg en invagination omkring 20—30 ctm. lång, hopslingrad med gangränösa fläckar.

Tarmresektion af invaginerad och misstänkt tarm + *Enteroanastomos (Murphy).* Koksaltsköljning af buken. Invagination låg strax ofvan midten af tunntarmen. Tarmen ofvanför starkt utspänd, nedanför hopfallen. Å yttre lagret af invaginationen, som är starkt hæmorrhagiskt, blek gangrän å ett längsgående bandformigt område, något mer än ctmrbredt. Mellanlagret starkt svullet, till 1 ctmr tjocklek, hæmorragiskt, å ett längsgående område nekrotiskt. Innersta lagret starkt stramadt, komprimeradt, blekt nekrotiskt. Det resekerade tarmstycket mäter omkring 1 $^{1}/_{2}$ meter.

På afton temp. 37,3. Puls 108. En tarmsköljning utan vidare verkan. 2 milligr Atropin; — m$\overset{+}{o}$ till natten. Under natten sämre, slö. Temperaturstegring på morgon öfver 41°. Exitus kl. 8,30 f. m. d. $^{6}/_{10}$.

Sektion. Hjärtat slappt, dilateradt, grädaskigt hjärtkött. Aorta visar arterioscleros. *H. lungan* visar i spetsen en valnötstor, mörk fibrös induration med kalkafl.

I samma lungas nedre lobs bakre delar pneumonisk infiltration (i engoument-röd hepatisation).

V. lunga intet anmärkningsvärdt.

I *buken* intet främmande innehåll. Enteroanastomosen låg strax t. v. om nafveln. Tarmen ofvan utspänd, men mindre än vid operationen. Äfven ett godt stycke nedom anastomosen var tunntarmen nu utspänd. Sista stycket däremot ännu hopfallet. Colon måttligt utspänd. Tarmarna kring enteroanastomosen lätt hopklibbade, men inga nämnvärda beläggningar.

Det är ju relativt sällsynt att så snart efter hvarandra få trenne fall af tarminvagination, isynnerhet vid dessa åldrar. Invaginationen tillhör ju mest de tidiga barnaåren. Så fann Wichmann[1]) efter en sammanställning han gjort ur litteraturen åren 1891—1901 på *1,049 fall* af invagination

502 fall	i åldern	0—2 år,	sål. 48 %
194 »	»	2—10 »	
166 »	»	10—30 »	
187 »	öfver	30 år.	

Af de 502 fallen i åldern 0—2 år falla 81 % inom de 10 första lefnadsmånaderna.

Hvad läget af tarminvaginationerna beträffar, skall enligt Leichtenstern i Ziemssens Handbuch på 100 fall komma: 44 ileocæcala invaginationer, 30 tunntarmsinvaginationer, 18 coloninvaginationer och 8 ileocoloninvaginationer. På barn äro de ileocæcala invaginationerna ännu vanligare, enligt Wichmann 76 % under de båda första lefnadsåren och uppkomma enligt honom i de flesta fall genom en instjälpning af cæcum, som sålunda bildar spetsen af invaginatum. Primär instjälpning af valvula Bauhini skall i okomplicerade fall sällan förekomma. Befordrande moment äro enligt Hirschsprung[2]) habituel förstoppning (särskildt hos barn) traumer, tarmtumörer, mera sällan enterocoliter.

Hvad *behandlingen* angår ställa sig indikationerna något olika för barn i första lefnadsåren och äldre. Får man barnen tidigt (första eller andra dagen) under behandling och kan diagnosen med största sannolikhet ställas, lyckas ej sällan oblodig reposition. Wichmann säger: »Mir gelang die Lösung mehrmals dadurch, dass Ich die Invagination durch die Bauchwand

[1]) Nord. Med. Ark. 1903. Afd. I.

[2]) Mitteilungen aus den Grenzgebieten 1906, 14 Band, 5:te häfte.

zwischen dem Daumen und den übrigen Fingern der einen oder beider Hände erfasste, und damit eine moderate Kompression von Seite zu Seite, wie wenn Ich die Geschwulst dünner drücken wollte, ansübte. Die Invag. wurde dadurch dünner und kürzer, und schwand zulezt voll ständig». Hirschsprung omnämner 4 på samma sätt lyckade repositioner och skall med liknande manipulationer *jämte* stora tarmirrigationer af 64 fall under 7 år kunnat reponera 37. Narkos är nödvändig. Då groftarmsinvaginationerna (de enda på hvilka tarmirrigationer väl kunna utöfva någon verkan) såsom ofvan nämnts äro relativt vanliga hos barn äro oblodiga försök först, på små barn mera berättigade, isynnerhet som resultatet af de operativa ingreppen på dessa *små* barn ej äro så lysande. Är diagnosen osäker, symptomerna häftiga och flera dagar redan förflutna, är rationellast att primärt göra laparotomi.

Olägenheterna med oblodig reposition är att det är svårt att afgöra, om reposition lyckats. Ofta har visat sig att repositionen ej varit fullständig och invaginationen har återbildat sig. Gäller det *äldre* är bäst att primärt och så tidigt som möjligt göra laparatomi, ty dels är det sällan man kan på äldre ställa diagnosen att en *invagination* utgör tarmhindret, dels är invaginationen ofta här komplicerad af tarmtumörer som framkallande orsak, dels äro tunn-tarmsinvaginationerna här ungefär lika vanliga som groftarms och på de förra kunna åtminstone tarmirrigationerna ej göra någon vidare verkan. Viktigt är också att ej dröja utan så snart som möjligt göra laparatomien. Ju tidigare fallet kommer till laparatomi desto oftare kan operationen sedan inskränkas till blott reposition af invaginationen, under det, om redan svåra cirkulationsrubbningar eller gangrän uppstått, den då nödvändiga resektionen är ett gravare ingrepp.

Är patienten *mycket nedkommen* och tarmen redan länge stått utspänd, kan man i nödfall få lof att nöja sig med ett palliativt ingrepp såsom anläggande af anus præternaturalis eller enteroanastomos, helst då med framläggande af eller tamponad om det invaginerade partiet, i all synnerhet nödvändigt, om tecken på gangrän finnes. Man har sökt förenkla resektionen vid fall, där yttre tarmröret ännu är fullt vitalt genom att blott göra amputation af invaginatum (Barker, Jesset, Rydygier[1]). En incision göres i yttre tarmröret nedom invaginationens collum. Invaginatum framdrages genom öppningen och amputeras, hvarefter öppningen i yttre tarmröret hopsys. Denna metod synes dock enligt Wickmanns sammanställning ej minskat mortaliteten och lämnar i alla fall ej radikalbot

[1] Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie — 1895.

som resektionen, då man här lämnar det farligaste stället eller collum, med kvarstående fara af perforation eller ulceration med följande stenos.

För att minska denna fara ökar Rydygier invaginationen och fixerar den nya med några suturer, hvarefter han kan göra amputation i eller ofvan den ursprungliga halsen.

Beträffande slutligen mina tre fall, så ställdes i fall I och II diagnos på inre inkarceration och gjordes omedelbar laparatomi. I fall II fanns både en strangulation och en invagination. Förvisso var där strangulationen det primära och invaginationen sekundär, framkallad genom liflig peristaltik i tarmpartiet ofvan strangulationen och befordrad af den vid första operationen gjorda invikningen af tarmen, som här verkade som en polyp eller tumör inne i tarmen och bildade spetsen af invaginatum.

Fall I hade då han började gå uppe lösa affthrough 3 à 5 om dagen, sedan småningom allt färre. Orsaken härtill var väl det relalivt stora bortfallet af tarm eller väl 2 meter ($1^1/_2$ meter resekerad och drygt $^1/_2$ meter exkluderad, till följd af att anastomosen lades mellan ileum och colon transversum).

I fall III var min sannolikhetsdiagnos en strikturerande kancer. Härför talade patientens ålder 65 år, samt att han fallit af under sista året. Vidare öppningarnas natur, hvilka sista tiden varit än lösa, än hårda med *små* exkrementklumpar. Resultatet af de vid inkomsten gifna lavementerna, med hvilka följde flatus och blodfärgad afföring, styrkte ytterligare diagnosen och gaf förhoppning om att möjligen kunna tömma tarmen och sekundärt operera, tills efter ett dygn peritonitsymptom uppträdde och gaf absolut indikation.

Insändt.

Ehuru på intet sätt förtrogen med sjukdomsfallet i fråga och ehuru icke psykiatriker, må det likväl tillåtas mig att med anledning af den i Läkartidningens senaste nummer synliga kontroversen mellan Professorerna Henschen och Gadelius uttala några reflexioner.

Så vidt undertecknad kan finna, har Prof. Henschen icke tillfredsställande besvarat frågan, hvarföre han egentligen åtagit sig denna sak. En läkarevård, som för ögonblicket är behöflig, äro vi ju alla, oberoende af de kollegiala förhållandena, skyldiga att lämna en lidande, som är i behof af vår hjälp. Men från ett sådant tillfälligt bispringande är väl steget stort

till åtgärden att helt och hållet taga patienten om hand och under veckor dagligen ägna honom tillsyn. I vår tid drifves ju specialiseringen af läkarekonstens olika grenar allt längre och längre, så att hvarje specialfack kräfver allt mera speciell utbildning af sina utöfvare, och man måste väl gifva Prof. Gadelius rätt däri, att en läkare, som, låt vara med aldrig så stor skicklighet, utöfvar praktik och lärareverksamhet inom den vanliga interna medicinens område, icke därföre besitter någon särskild kompetens i psykiatriska frågor, isynnerhet när det gäller mer än vanligt invecklade sådana. Ehuru blind auktoritetstro icke höfves någon medicinsk praktiker, tyckes det dock vittna om mer än loflig självtillräcklighet att negligera det resultat, hvartill två kunniga och erfarna fackmän kommit efter företagen undersökning och moget öfvervägande, samt att taga på sitt ansvar de ändrade åtgärder, som blifva följden af ett dylikt negligerande.

Ej heller har Prof. Henschen besvarat frågan om diagnosen. Så vidt man kan finna af hans genmäle, har han egentligen icke ställt någon diagnos alls. Han förskansar sig bakom ett ordande om »en exposé af Herr Alms sjukhistoria och hela hans själslif med dess eventuella rubbningar». Det hade väl varit enkelt att i ett svaromål till en sakkunnig kollega med några få ord angifva sin uppfattning af sjukdomsfallet. Och naturligtvis är just diagnosen en grundläggande fråga. Är Herr Alm sinnessjuk eller ej? I förra fallet hvilken form af sinnessjukdom? Helt visst torde Prof. Gadelius hafva rätt äfven däri, att vid en psykos, där utsikterna till tillfrisknande äro gynsamma, det just för den sjuke individens eget bästa är af allra största vikt, att han utan dröjsmål kommer under bästa möjliga vård.

Prof. Henschens protester och förebråelser beträffande publicerandet i Läkartidningen förefalla vid uppmärksamt genomläsande af Prof. Gadelius' skrifvelse åtminstone undertecknad obegripliga. Icke med ett enda ord har Prof. Gadelius blottat några intima detaljer rörande den stackars sjuke. Att Allmänna Svenska Läkartidningen, allmänna svenska läkarföreningens organ, är ett lämpligt forum för klargörande af den meningsskiljaktighet, som i en principiel och såväl för sinnessjukvården som för det kollegiala samarbetet betydelsefull fråga uppstått mellan tvänne framstående medlemmar af vår läkarekår, därom torde väl knappast råda mer än en mening.

Beklagas måste slutligen, att en man i Prof. Henschens ställning icke kan se, hurusom våra offentliga anstalter för sinnessjuke i första rummet afse sjukvård och icke inspärrning. Den jämförelse, som Prof. Gadelius antyder mellan

smittosjukdomar och sinnessjukdomar, är icke så gripen ur luften, som Prof. Henschen i sitt lättvindiga bemötande af saken förmenar. I båda fallen är det fråga om ingrepp i individens frihet, hvilka ingrepp ofta röna motstånd af dem det gäller. Vid sinnessjukdomar måste den individuella friheten inskränkas på grund af dels de sinnessjukas ofta antisociala tendenser, dels den, så att säga psykiska isolering, som för behandling och fullständig själshvila är af nöden. Vid smittosjukdomar äro visserligen skälen ännu mera påtagliga och lättbegripliga, men å andra sidan, om man finge taga hänsyn till endast individen, finnes det ej otaliga lindrigare fall af smittosam sjukdom, hvilka skulle tillfriskna lika väl i hemmet som på ett epidemisjukhus? Att däremot sinnessjuka af brist på anstaltvård försämras och varda obotliga, därpå ser man tyvärr, utan att vara psykiatriker, talrika exempel.

Landtsortsläkare, icke psykiatriker.

Till Läkartidningens Redaktion.

Det var med stor besvikenhet jag i sista numret af läkartidningen ej fann, hvad jag med spänd förväntan emotsåg, nämligen en sammanfattning af diskussionen i Svenska Läkarsällskapet angående fallet Gadelius—Henschen. Jag inser nog, att det endast varit tungt vägande skäl, som afhållit Eder från att taga till orda i frågan. Då fallet emellertid har en oerhördt stor praktisk betydelse, ej blott ur kollegial synpunkt, utan *i all synnerhet för såväl allmänhetens som läkarnes ställning till hela sinnessjukvården*, så kan det väl ej vara olämpligt, att Läkartidningen ger Sveriges läkarkår tillfälle att få en redogörelse för de hållna föredragen och den därpå följande diskussionen. Saken är för allvarlig att tigas ihjäl; och nu torde väl en saklig utläggning i en facktidskrift få förssiggå utan störande inblandning.

För mig är det vigtigaste spörjsmålet följande:

Huru skola läkarne i allmänhet, hvilka ju i regel sakna speciell psykiatrisk utbildning, hädanefter våga utfärda intyg för sinnessjukas intagande å hospital, då det oerhörda inträffat, att *två* läkare, som därtill båda äro framstående auktoriteter på sitt område, psykiatri, ej undgått att deras utlåtande af en annan, icke psykiatriskt specialkunnig läkare förklarats obefogadt och de själfva härigenom blifvit skandaliserade i pressen som den sjukes förföljare? En landsortsläkare står i de ojäm-

förligt flesta fallen ensam om afgörandet, och han kan hel naturligt i allmänhet ej få tillfälle att på långt när så grund ligt som önskligt vore följa sin patient. Om det därför redan nu ofta nog är ett mycket svårt uppdrag att afgifva ifråga varande utlåtande, så måste det framdeles bli minst sagd pinsamt.

Det är ej osannolikt, att professor Henschens uppträdand kommer att ge allmänhetens fördom mot hospitalen en krafti ökning. Detsamma torde helt visst bli förhållandet med läka rens benägenhet att uppskjuta sinnessjukas insändande til hospital, kanske ända tills dessa begått en kriminell handling till hvilken läkaren sålunda indirekt kan bli skuld. Hur oänd ligt mycket detta skulle komma att motverka en förbättrad sinnessjukvård och härigenom bli till skada för såväl läkar som allmänhet, torde ej närmare behöfva utredas.

Svartsjö den 3 mars 1907.

Frans Berglund.

Läkartidningens redaktion är de bägge insändarne tack sam för det förstående af våra motiv, när vi upptogo ifråga varande ämne i tidskriften, som genomgå deras inlägg. Det var den bestämda öfvertygelsen, att här gällde något vida mer än en tvist om ett enskildt sjukdomsfall, något mer än blott en kollegial kollision, en fråga af stor *principiell* betydelse för hela sinnessjukvården, som för oss gjorde det till en plikt att följa professor Gadelii uppmaning och draga frågan inför Sveriges läkare. Konsekvensen häraf skulle naturligtvis ha bjudit oss att äfven bringa denna frågas vidare utveckling till läkarkårens kännedom, däri ge vi doktor Berglund rätt.

Denna vidare utveckling har emellertid — som torde vara allmänt bekant — ägt rum i Svenska Läkarsällskapet, hvarför red. för närvarande ej kunnat upptaga frågan i Läkartidningen. Svenska Läkarsällskapet utger sina förhandlingar i Hygiea och förr än dessa föreligga i tryck, kunna vi icke åter upptaga den i vår tidskrift. Då emellertid ett icke så litet antal svenska läkare ej hålla bägge tidskrifterna, skall red., när Läkarsällskapets förhandlingar utkommit, låta referera dem.

Red.

(Insändt).

Om militärläkare-banan.

D:r Gullström har i n:r 9 af Läkartidningen kritiserat min insändare i samma tidnings n:r 3. Må det tillåtas mig att dryfta några meningsskiljaktigheter.

D:r G. tyckes förebrå mig, att jag »upprepade gånger hämtat mina bevis från den nuvarande, visst ej behagliga, men dess bättre snart svunna öfvergångstiden». Huru förhållandena komma att ställa sig i en framtid vet nog ännu hvarken han eller jag. Då jag framdragit några egna, tråkiga erfarenheter, har detta skett för att fästa uppmärksamheten på vissa missförhållanden, hvilka ej böra släpas med in i det nya systemet vid fältläkarekårens omorganisation. D:r G. påstår visserligen, att han »utgår från den förutsättning, att vi hålla oss till den snart förestående tid, då trupperna installerats å sina definitiva förläggningsorter». Men detta hindrar honom inte att i sin egen bevisföring »hålla sig till det faktum», att många militärläkare f. n. utöfva vidsträckt privatpraxis. Han kommer t. o. m. fram med ett gammalt utlåtande från 1888 för att visa hur nödvändigt det är med enskild praktik. Jag har emellertid ingalunda, som d:r G. håller före, menat, att militärläkarne »skola förbjudas civil verksamhet». Jag är dock öfvertygad om, att en militärläkare, som skall fatta sitt yrke och sin uppgift på allvar *under kommendering,* kan få endast en minimal tid öfrig för annan verksamhet än tjänstens. I den mån tjänsten det tillåter, bör enskild praktik naturligtvis gärna utöfvas, det kan endast vara till fördel.

Men för huru många militärläkare ha ej deras »vidsträckta civila praxis» blifvit hufvudsaken och tjänsten en bisak? Och detta tack vare ett system, som tvingar den »yngre» militärläkaren att från början för sin existens vara hufvudsakligen hänvisad till enskild praktik. *Så får ej fortfara.* Enligt det förslag som både d:r G. och jag och många med oss förordat, skall en viss kategori militärläkare ligga i nästan ständig tjänstgöring. *För dessa* måste *tjänsten* bli *hufvudsaken* — och betalas därefter — den *enskilda praktiken* en *bisak.*

Jag har alldeles icke »teoretiserat» eller gjort mig skyldig till öfverdrifter angående den dagliga arbetstiden. Hvad jag sagt härom är endast egen erfarenhet från 3 olika mötesplatser och från de 3 sista årens beväringsrekrytskolor. De flesta af oss äro nog så »olyckliga» (sic!) att under beväringsrekrytskolan få undervisa i sjukbärar-, sjukvaktar- och sjukvårdssoldatskolorna samtidigt.

D:r G. har naturligtvis alldeles missuppfattat mig, om han tror att jag förordat anställandet af skolade sköterskor å militärsjukhusen för att därigenom »än mera lindra läkarens undervisningsskyldighet». Den föreslagna och delvis redan genomförda åtgärden resulterar i högst afsevärdt förbättrad sjukvård och förbättring äfven af sjukvårdsmanskapets utbildning i vissa detaljer. Men det är ofattligt, om detta mitt förslag kunnat tolkas som ett försök att på en annan afbörda en del af läkarens skyldigheter.

Värdet af repliken om förläggningsorterna kan en hvar bedöma. Hur många af dessa, flertalet residensstäderna inberäknade, ha väl nu plats för 3 praktiserande läkare till?

D:r G:s gliring för hvad han anser vara ett försök från min sida att afskräcka unga medici från militärläkarebanan, lämnar jag åt dess värde. Unga *dugande* läkare äro nog f. n. afskräckta ändå, de många insändarnes upplysningar förutan, det visas bäst af de till ett 40-tal uppgående vakanserna. Och de många vakanserna visa äfven tydligt,

hvem af oss har rätt beträffande löneförhållandena: D:r G., som ans en ännu högre slutlön vara det viktigaste, eller jag, som med det sto flertalet insändare i frågan fasthålla, att *begynnelsevillkoren*, såväl l som tjänstgöringsförhållanden, *i första hand måste högst afsevärdt fö bättras för att armén fortfarande skall kunna garanteras dugliga läkai*

Lund den 7 mars 1907.

Fritz Ask.

(Insändt).

I anledning af en uppsatts i oktoberhäftet af Hygiea: »*Anteckningar från en studieresa* i Frankrike och Tyskland» af Olof Kinber

Vid genomläsandet af ofvannämnda uppsats, jämförd med å skilliga uppsatser, som på senare tider influtit i våra tidskrifter andra hospitalsläkare och i hvilka hvarjehanda reformer framskym och påyrkas, måste vi icke-hospitalsläkare (»icke psykiatriskt sakkuniga») känna oss obehagligt berörda, då vi ofta utsättas för kland och nedsättande omdömen. Rörande den ofvannämnda uppsatsen syn mig särskildt ett passus mycket anmärkningsvärdt och till synes ful komligt orättvist och oberättigadt, isynnerhet såsom förekommande en reseberättelse. Å sidan 1066 i ofvannämnda opus säger doktor K ungefär på midten af sidan: »I Frankrike är ämnet psykiatri ick obligatoriskt i läkareexamen. — Då nu domstolarne ha rättighet a till sakkunniga i rättsfall utse hvilken läkare som helst, inträffar d alltsom oftast, att de rättspsykiatriska utlåtande, som företes inf domstolarne, äro till den grad abderitiska, att *knappast våra svensk fängelseläkares motsvarande prestationer*[1]) kunna därom ge en föreställning». I sanning ett nedslående betyg för alla svenska fängelseläkar och om jag rätt uppfattat ordet «abderitisk» måste man anse, att b tyget icke blott afser deras psykiatriska inkompetensförklaring uta äfven innebär, att dessa läkare skulle besitta ringa förståndsförmögenheter i allmänhet. Att just fängelseläkarne skulle utgöra en homoge samling af dylika vanlottade individer synes mig à priori föga sann likt och torde väl åtminstone tarfvas faktiska bevis för ett dylikt på stående. Hvarje svensk läkare, åtminstone om han är anställd i stat tjänst, kan ju få åläggande att utgifva ett rättspsykiatriskt utlåtande och fängelseläkarne hafva väl icke mindre än andra »civila» läkar studerat psykiatri, och torde väl sålunda deras prestationer kunna var jämförliga med t. ex. provinsialläkarnes. Och någon samhällsfar torde alls icke föreligga, då ju medicinalstyrelsen i allmänhet får de af alla sådana utlåtanden af betydelse och i hvarje tvifvelaktigt fal kan sända pat. till något hospital för observation. Och rörande be dömandet af dylika prestationer, måste man ju besinna, att vårt vetand i abstrakta ting alltid är relativt, hvarför det synes klokast och bäs vittnande om sakkunskap att icke förhäfva sig i sina domar och ick lämna utlåtande isynnerhet om kolleger utan tillräckliga fakta, synnerligast då man icke fått åläggande att yttra sig.

t. f. fängelseläkare.

[1]) kursiv. af insändaren.

(Insändt.)

»Postläkare».

Detta är också en ny kategori af kolleger, som få hålla till godo med underbetalning och finna sig i att Kungl. Maj:ts taxa utan vidare korrigeras af Poststyrelsen. Troligen har det undgått de flestas uppmärksamhet, hvilka stora extra kraf som ställas på de af postverket vidtalade läkarne utan ersättning. Man har kanske liksom undertecknad icke fäst sig därvid. Men när det behöfver dröja om öfver 2 år, innan en blygsam arvodesräkning blir betald, och när postbetjänter-patienter skola nagelfara och attestera utfärdade recept, som de ibland icke kunna erinra sig, så föranledes däraf mycket trakasserier och obehagligheter. Undertecknad har på grund af förekomna anledningar sett sig nödsakad anhålla om befrielse från uppdraget att utöfva läkarevård åt postbetjänter. Jag undrar, om icke exemplet kan mana till efterföljd!

Älvsby—Lundgren.

(Insändt).

Min kollega doktor Planck och jag hafva alltid för intyg som begärts af kommunalstyrelsen debiterat 3 kr. för hvarje, hvilket också hittills betalts. Helt nyligen har dock fattigvårdsstyrelsen beslutat att betala sådana intyg med endast 1 kr. 50 öre under påstående att intyg höra till »läkarevård» och sålunda äro underkastade det älskvärda »rabattsystemet». Som vi draga starkt i tvifvelsmål huruvida vi äro skyldiga att på fattigvårds begäran aflämna intyg samt det berättigande i att dessa räknas till läkarevård, vore vi tacksamma för ett uttalande i denna fråga af någon eller några tjänsteläkare. Särskildt af intresse vore att få veta om något prejudikat finnes samt huru vidsträckt uttrycket »läkarevård», som står i taxan, är enligt häfdvunnen tolkning.

Gellivare Malmberg 9 febr. 1907.

R. Godenius,
e. prov.-läkare.

Periodisk litteratur.

Här meddelas de senaste tidskriftshäftenas innehåll med undantag af referat, boknyheter m. m.

Finska läkaresällskapets handlingar, mars. *O. Schauman:* Sällskapets årsberättelse för år 1906. — *B. Lönnqvist:* Enterokystom med i mesenterial apertur inklämd tarmslinga. — *Ali Krogius:* Ett försök att på ett enkelt sätt demonstera skallfrakturernas mekanism. — *C. v. Heideken:* Årsberättelse för år 1906 från Barnbördshuset i Åbo. — *K. A. Hoffström:* Årsberättelse för år 1906 från Barnbördshuset i Tammerfors. — *A. R. Limnell:* Till kännedomen om hafvandeskap i rudimentärt uterushorn. — *V. O. Sivén:* Frossan i Helsingfors 1902—06.

Hvarjehanda notiser.

Malmö läkarförening sammanträdde den 14 mars. D:r Gröné demonstrerade några gynäkologiska och obstetriska preparat och d:r Björling höll föredrag om Röntgenstrålarnes terapeutiska verkan på några hudsjukdomar.

Vid **Gestriklands läkarförenings** sammanträde d. 8 mars d monstrerade d:r Lindström tvänne patienter med defectus nasi i föl af lupus, på hvilka han med godt resultat gjort rhinoplastik. — T föreningens fullmäktig i Allmänna svenska läkarföreningen för 19 utsågs d:r Larson och till dennes suppleant d:r von Post. — Med a ledning af skrifvelse från Värmlands läkarförening angående mota betandet af patent- och humbugsmedicinen beslöts att till nästa san manträde inbjuda Gestriklands apotekare för att tillsammans med de diskutera frågan. D:r von Post åtog sig att inleda diskussionen.

Lunds läkarförening sammanträdde den 14 mars, hvarvid disk terades frågan om åtgärders företagande mot spridningen af bedrä liga läkemedel, med inledningsföredrag af Prof. Thunberg. En kor mitté nedsattes för närmare utredning af hvilka åtgärder, som härvi lag kan anses från föreningens sida f. n. böra företagas. I kommitté invaldes hrr Prof. Forssman, d:r Ebbe Petrén och d:r Fritz Ask.

Dermatologiska sällskapet i Stockholm sammanträdde den : februari, hvarvid förekom: d:r Möller: fall af granulosis rubra na fall af iododerma bullosum samt fall af serpiginös lues; d:r Mober fall af utbredd lichen planus; d:r Marçus: fall af keratoma hereditariu palmere et plantare. D:r Krikortz förevisade albargintabletter och d Moberg talade om Röntgenbehandling af trisophytia capitis samt d monstrerade i samband därmed några fall, som voro under behandlin

—

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n: [2]) ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstide utgår:
Bitr. läk.-tj:n v. epid.-sjukhuset i Uppsala (ansökan, ställd till sjukhusets styrelse, inl. hos borgmästaren Radhe, Uppsala; annonserad i posttidn:n första gången den 15 dennes)	21 mars.
Underläk.-tj:n vid sjukhuset Eira, Stockholms stads och läns sjukhus (tillträdes 1 april; löneförmåner: 2,100 kr. jämte fri bostad; ansökan, ställd till sjukhusets direktion, inlämnas å sysslomansexp. Handtverkargatan 13)	25 mars.
En underläk.-tj. v. Vänersborgs hosp. o. asyls mansafd.[3]) (löneförmåner: 2,500 kr. (+ 1,000 kr. för lic.) jämte fri bostad och kost samt 200 kr. för kostförbättring)	6 april.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Jönköping[3]) (löneförmåner: 1,800 kr. jämte fri bostad och kost eller 600 kr. i kostpenningar)	6 april.
Underläk.-tj:n v. epid.-sjukhuset i Stockholm (sökes hos stadens hälsov.-nämnd)	8 april.
Bat.-läk.-tj:n v. Östgöta trängkår[1]) (nyinrättad; *ånyo* ledigförklarad)	10 april.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Kalmar[3]) (*ånyo* ledigförklarad; löneförmåner: 3,000 kr. jämte fri bostad)	15 april.

Extra prov.-läk.-tj:n i Lima distr. (omfattar Lima och Transtrands socknar af Kopparbergs län med 4,582 invånare den 1 jan. 05; löneförmåner: 3,500 kr. jämte fri bostad; tillträde 22 juni; ansökan, ställd till distr.-styrelsen, adr. komm.-ordf. B. P. Larsson, Limedforsen) 30 april.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Mölndal[1]) (årlig pensionsafgift 500 kr.) 10 april.

Af Med.-styr.:n utnämnda och förordnade:

Till fältläk.-stip:r 1:a klass: fältl.-stip:rna 2:a kl. *O. W. Knaust* och *J. H. Wennerberg*.
Till civil läk.-stip. (fem år fr. 16 mars): lic. *C. Comstedt*.

Apoteksprivilegier tilldelade:

Ex. apot. *C. F. V. Schimmelpfennig* å ap. Mården i Stockholm.
Ex. apot. *E. G. F. Holm* å ap. Sälen i Stockholm.
Ex. apot. *E. L. Bruzelius* å ap. Delfinen i Göteborg.
Ex. apot. *S. M. Boberg* å ap. Falken i Örebro.

Af vederbörande myndigheter antagna:

Till stadsläk. i Lindesberg: lic. *Fritz Ödqvist*.

Af Med-styr:n upprättade förslag:

Till *en bat.-läk.-tj. v. Västmanlands reg:te*: S. K. Erhardt (förord), J. V. O. T. Efvergren (sedan K. W. Lindblom återtagit sin ansökan).
Till *en bat.-läk.-tj. v. Lifreg:tets grenad:r*: G. Möller (sedan K. W. Lindblom återtagit sin ansökan).

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Andre las.-underläk. i Gäfle *C. Idar* (25 maj).
Fältl.-stip. 1:a klass *H. Fröderström* (13 mars).

Af Med.-styr:n afgifna förord till apoteksprivilegier:

Till *apot. Lejonet i Jönköping*: G. L. Malm (af apot.-soc:n föreslagna: G. L. Malm, E. R. M. Lindewald, C. F. Asplund).

Af las.-dir:n afgifvet förord:

Till *öfverläk.-tj:n v. kir. afd. af lasarettet i Falun*: N. V. Åkerblom.

Med. licentiatexamen har aflagts af:

Oscar A. E. Andersson (Karolinska institutet).

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *G. Allvin* t. f. prov.-läk. i Hjo distr. 11 mars—9 april (s).
Lic. *O. Mossberg* t. f. stadsläk. i Örebro 1 april—21 maj (s).
Kand. *M. Ekelöf* t. f. ex. prov.-läk. i Mulseryd t. o. m. 6 april (t).
Lic. *C. Idar* t. f. stadsläk. i Säter 1 juni—31 aug. (t).
Kand. *P. Wihlborg* t. f. underläk. v. Hessleby sanatorium fr. 1 april (v).
1:e underläk. *E. Landelius* t. f. las.-läk. och lic. *V. Valde* t. f. las.-underläk. i Gäfle 16 mars—30 april (t).

Underläk. C. G. *Trägårdh* t. f. bitr. läk. och lic. *B. Högrell* t. f. under
läk. v. Vänersborgs hosp. o. asyl (v).

Döda:

Förste stadsläkaren i Strängnäs, med licentiaten *Lars Johan Bo
nander* afled 48 år gammal den 15 dennes.

Innehafvaren af apoteket i Säter *K. A. Bäckgren* afled den
dennes vid 47 års ålder.

Innehafvaren af apoteket i Uddeholm *F. O. Stråhle* afled 62 å
gammal den 6 dennes.

Praktiserande läkaren i Göteborg, med. licentiaten *Erland Wigard
afled den 19 dennes vid 41 års ålder.

Öfversikt af sammandragen af epidemirapporte

för halfva månaden 1—15 febr. 1907.

	Städer.					Landsbygd.				
	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa
Stockholm	—	36	76	—	112	—	—	—	—	—
Stockholms län	—	8	2	—	10	1	4	9	—	14
Uppsala	—	1	24	—	25	3	8	31	—	42
Södermanlands	—	1	3	—	4	—	4	3	—	7
Östergötlands	2	1	6	—	9	—	17	2	—	19
Jönköpings	—	—	49	—	49	—	7	20	—	27
Kronobergs	—	—	1	—	1	—	18	17	—	35
Kalmar	—	1	13	—	14	—	19	12	—	31
Gotlands	—	6	2	—	8	—	4	2	—	6
Blekinge	1	—	23	—	24	—	—	4	—	4
Kristianstads	—	1	1	—	2	—	2	47	—	49
Malmöhus	1	7	39	—	47	2	13	82	—	97
Hallands	—	—	5	—	5	—	—	13	—	13
Göteborg	2	14	20	—	36	—	—	—	—	—
Göteborgs o. Bohus	—	—	2	—	2	2	1	6	—	9
Älfsborgs	—	—	3	—	3	—	—	15	—	1[illegible]
Skaraborgs	—	—	1	—	1	1	8	21	—	30
Värmlands	—	—	1	—	1	1	—	4	—	5
Örebro	—	—	—	—	—	—	15	4	1	20
Västmanlands	—	3	—	—	3	1	5	6	—	12
Kopparbergs	—	—	—	—	—	—	8	5	—	13
Gäfleborgs	—	7	2	—	9	—	18	13	—	31
Västernorrlands	—	—	9	—	9	1	5	22	—	28
Jämtlands	—	—	—	—	—	1	10	—	—	11
Västerbottens	—	—	—	—	—	—	2	1	—	3
Norrbottens	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Summa	7	86	282	—	375	13	168	339	1	521

Summa sjukdomsfall i hela riket: nervfeber 20, skarlakansfeber 254
difteri 621, rödsot 1. — ***Akut barnförlamning*** 6 fall, hvaraf 5 i Norr
bottens län.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 29 mars 1907.

4:e årg. Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER. N:o 13.

Innehåll: OLOF KINBERG: Om fängelseläkarnas rättspsykiatriska sakkunskap. — Provinsialläkarnes pensionsfråga. — Meddelande från Kungl. Medicinalstyrelsen angående rekvisition af vaccin. — Offentliga underrättelser.

Om fängelseläkarnas rättspsykiatriska sakkunskap.

Af

Olof Kinberg.

»T. f. fängelseläkare» har i förra numret af denna tidskrift haft en insändare på grund af ett en passant fällt yttrande om de svenska fängelseläkarnas rättspsykiatriska kompetens i en af mig publicerad reseberättelse (Hygiea, okt. 1906). Jag ber härmed få uttala min tacksamhet, för det han genom sina reflexioner angående mitt yttrande bragt denna enligt min mening synnerligen viktiga fråga på tal.

Beträffande innehållet i insändarens anmärkningar vill jag då först opponera mig mot en slutsats, som han anser sig kunna draga af mitt yttrande, den nämligen, att jag därmed skulle velat fälla ett ofördelaktigt omdöme om fängelseläkarnas förståndsförmögenheter i allmänhet. Detta har naturligtvis alls icke varit min afsikt och har så mycket mindre kunnat vara det, som jag vid flera tillfällen haft tillfredsställelsen att läsa fängelseläkareutlåtanden, hvari ett godt omdöme och en sund naturvetenskaplig takt, som ej låtit vilseleda sig af härskande juridiska spekulationer öfver den s. k. tillräkneligheten, på ett så lyckligt sätt ersatt event. bristande psykiatriska insikter hos vederbörande, att bedömandet af den tilltalades rättspsykiatriska situation varit fullt korrekt. Jag har sålunda

gifvetvis endast velat hos somliga bland våra fängelseläkar påpeka en brist på kunskaper i ett visst afseende, nämligen fråga om bedömandet af fångarnas psykiska tillstånd, en bris som är mycket beklaglig, men som också är mycket förklarli Såsom hvar man vet, ligga ju orsakerna så helt och hållet vissa yttre, af fängelseläkarna själfva oberoende förhållander att det dåliga humör insändaren ger uttryck åt, förefaller mi skäligen omotiveradt.

Emellertid röjer insändaren genom påståendet, att mit omdöme är oberättigadt och orättvist, en brist på, om jag s må säga, kollektiv »sjukdomsinsikt», hvilken direkt bekräfta mitt yttrande. Som bevis för mitt påstående skall jag längr ned anföra åtskilliga utlåtanden af fängelseläkare.

Vidare ådagalägger insändaren genom innehållet i de tv sista punkterna en ofullständig uppfattning af hvad som bord vara en fängelseläkares egentliga uppgifter i rättspsykiatrisk afseende. Denna ofullständighet anser jag mig bäst belys genom att i korthet söka skissera, hvad som *enligt min menin* utgör en fängelseläkares förnämsta rättspsykiatriska uppgifter Att dessa uppgifter icke äro identiska med de åligganden som enligt instruktionen för ämbets- och tjänstemän vid riket straff- och arbetsfängelser tillkomma fängelseläkare, behöfve väl knappast särskildt påpekas, då man betänker, att nämnd instruktion är daterad den 11 dec. 1860. Då instruktione för läkaren rymmes under en enda paragraf, tillåter jag mi återgifva denna instruktion in extenso för att på så sätt lättar kunna demonstrera skillnaden mellan det, som enligt gälland instruktion är fängelseläkares skyldighet, och det som enlig nutida rättspsykiatrisk åskådning *borde* vara hans skyldighet Instruktionen lyder: »§ 5. Läkare åligger: 1:o att tillse de sjukvården vid fängelset på ändamålsenligt sätt handhafves 2:o att vaka öfver ordningen inom sjukhuset, tillhålla sjuk vaktare att fullgöra sina skyldigheter och inför direktören elle befälhafvaren för inre bevakningen anmäla, om förseelse a fånge begås; 3:o att undersöka nykommen fånges hälsotillstån och arbetsförmåga; minst en gång i veckan eller oftare, om s nödigt är, besöka de fångar, hvilka förvaras i cell, samt i öfrig meddela erforderliga upplysningar och betyg; 4:o att föra sjuk journal, på bestämda tider afgifva sjukrapporter och attester antalet af utlämnade sjukportioner; 5:o att hafva tillsyn oc vård öfver fängelsets kirurgiska instrumenter och medicinal attiralj». (Kullberg: Medicinalförfattningar, 1860, sid. 20).

Såsom synes innehåller instruktionen inga andra bestäm melser syftande på fängelseläkares rättspsykiatriska verksamhe än den i mom. 3 anförda skyldigheten att »meddela erforder

liga upplysningar och betyg». Den i samma moment omnämnda skyldigheten att »undersöka nykommen fånges hälsotillstånd och arbetsförmåga» syftar väl så godt som uteslutande på det kroppsliga hälsotillståndet.[1])

De uppgifter åter, som enligt en modern rättspsykiatrisk uppfattning borde vara fängelseläkarens, äro, kronologiskt ordnade i förhållande till det enskilda fallet, enligt min mening hufvudsakligen följande:

1) *Fängelseläkaren bör under pågående rannsakning göra en så noggrann och ingående psykiatrisk undersökning af hvarje rannsakningsfånge, att hvarje fall af sinnessjukdom och psykisk undermålighet* (åtminstone en höggradigare sådan) *redan vid denna tidpunkt diagnostiseras.* De fall, där fängelseläkaren ej kan komma till bestämd uppfattning, böra af honom anmälas för att genom vederbörande myndighets försorg bli föremål för fullständigare observation å sinnessjukhus (event. å hospitals-annex till större straffanstalt, när dylika inrättningar komma till stånd). På detta sätt böra redan från början alla de fall utgallras, hvilka kräfva en *kvalitativt* annan straffrättslig behandling än de s. k. normala. Initiativet till denna utgallring bör komma från fängelseläkaren; det är sålunda alls icke tillräckligt att undersöka en och annan rannsakningsfånge, öfver hvilken domstolen *begärt* yttrande. Endast genom en undersökning af alla rannsakningsfångar kan det förhindras, att fängelserna till skada för straffutöfningen belamras med en mängd undermåliga eller sinnessjuka personer, och att dessa personer få en från början snedvriden straffrättslig behandling.

Jag vill gärna medgifva, att de svåra förhållanden, under hvilka fängelseläkaren har att göra sin undersökning, göra denna hans gallrande verksamhet till en ytterst vansklig uppgift. Med invändningen, att uppgiften är för svår, låter sig emellertid krafvet på dess fullgörande icke afvisas. Ty uppfyllandet af detta kraf är ett oundgängligt villkor för att *alla* för brott tilltalade skola få en *redan från början* korrekt straffrättslig behandling.

Att så icke sker, visas på det mest slående sätt af de undersökningar angående sinnessjuka brottslingar, som verkställts i flera olika land. Så har t. ex. i Frankrike Pactet och Colin påvisat, att 36,7 % af de brottslingar, som på grund af sinnessjukdom öfverförts från straffanstalt till kriminalasylen

---

[1]) Anm. Läkareinstruktionen i Kongl. Maj:ts nådiga Reglemente för Läns- och Kronocellfängelserna i Riket (af den 28 maj 1867) innehåller väsentligen detsamma som instruktion af den 11 dec. 1860.

Gaillon, varit sinnessjuka redan vid tidpunkten för brottet begående och sålunda äfven under rannsakningen. MAGNA uppgifver, att han under åren 1885—1903 iakttagit icke mindr än 554 sinnessjuka, dömda för brott, och detta endast från et departement, Seine-dep. MONOD uppskattar antalet i Frankrik under åren 1886—1889 dömda sinnessjuka till 600. Den a Pactet och Colin angifva siffran öfverensstämmer nästan exak med siffran för analoga fall (»Court cases»), internerade å kr minalasylen Matteawan i Nordamerika. I Tyskland har NÄCK visat, att af 53 kvinnliga kriminalpatienter åtminstone 20—25 % voro oskyldigt dömda. SOMMER har bland sina sinnes sjuka brottslingar funnit endast ett fåtal, som med sannolikhe varit normala vid tiden för brottets begående. I Norge uppge EVENSEN, att 60 % af de å kriminalasylen i Trondhjem vå dade sinnessjuka straffångarna icke bort dömas, då de sannc likt varit sinnessjuka redan vid den brottsliga handlingen begående.

Beträffande Sverige föreligger, mig veterligt, ingen stati tisk undersökning öfver denna fråga. På grund af min pe sonliga erfarenhet och med kännedom om hithörande förhå landen i allmänhet i vårt land vågar jag dock påstå, att ing skäl föreligga, som skulle berättiga till den förhoppningen, att v skulle göra ett undantag från den regel, som bekräftats i all de land, där saken varit föremål för undersökning, nämlige att *årligen ett stort antal sinnessjuka dömas för brott*. Orsake härtill är att söka dels däri, att fängelseläkaren enligt gällande föreskrifter hvarken har skyldighet eller befogenhet att befatt sig med rannsakningsfångarna, dels däri, att hos somliga brott liga sinnessjuka, öfver hvilka utlåtande begärts, sinnessjukdo men dock icke upptäckes.

En dom, afkunnad öfver en sinnessjuk, utgör emellerti en *samhällsfara*, ty en sådan dom innebär en *rättskränknir* mot den dömde och medför ofta en *minskad rättssäkerh* om den sinnessjuke event. undermålige efter aftjänad straff åter lössläppes på samhället. Att sistnämnda fara ing lunda är imaginär, visar det af fängelseläkaren Th. Petré anförda fall (Hygiea, dec. 1906), där en person, som begå dråp, men förklarats sakna förståndets fulla bruk och på de grund ådömts lindrigare straff, tre dagar efter det han frigifvi från sitt straff, begick ett nytt dråp.

Mot den samhällsfara, som är följden af bristande sal kunskap hos fängelseläkaren under utförande af här ofvan b rörda gallringsarbete, finns intet korrektiv i den omständigheten att alla utlåtanden »af betydelse» (hvilka äro utan betydelse underställas Medicinalstyrelsens pröfning, alldenstund det ju

är alla de fall, öfver hvilka intet utlåtande afgifves, hvarom är fråga.

»T. f. fängelseläkares» optimism beträffande en otillräcklig sakkunskaps icke-samhällsfarlighet är sålunda (med afseende på denna en fängelseläkares funktion) oberättigad.

2) *Fängelseläkaren bör afgifva motiveradt utlåtande angående alla fall af tvifvelaktigt själstillstånd (sinnessjukdom eller psykisk undermålighet).* Denna fängelseläkarens funktion är endast en logisk konsekvens af den föregående. I själfva verket fullgöres den under nuvarande förhållanden endast i ringa utsträckning, då det endast är i de fall, där rätten föreskrifver rättsmedicinsk undersökning, som utlåtande afgifves.

Beträffande de i dylika fall af fängelseläkaren afgifna utlåtandena är det visserligen sant, att de skola insändas till medicinalstyrelsen, hvars yttrande skall inhämtas, innan dom faller, men icke ens i dessa fall är den samhällsfara, som bristande sakkunskap hos fängelseläkaren innebär, afvärjd genom medicinalstyrelsens kontroll. Ty då den sakkunnige i medicinalstyrelsen icke har tillfälle att själf undersöka den tilltalade, är han beträffande iakttagelser af den tilltalade och påvisande af sjukdomssymtom eller defekter hos denne hänvisad till den beskrifning, som fängelseläkaren i sitt utlåtande lämnat.

Det är tydligt, att denna beskrifning kan vara bristfällig i två riktningar, 1) dels med hänsyn till hvad den innehåller, 2) dels med hänsyn därtill, att den icke innehåller tillräckligt. Brister af förra slaget kunna vara: felaktig uppfattning af symtomens art, oriktig och vilseledande framställning (omdömen t. ex. »uppfattning god», »minne dåligt», »pat. är förvirrad», »pratar osammanhängande» etc. i stället för *objektiv* skildring med uteslutande af alla andra omdömen än dem, som ligga i själfva varseblifningsakten), oriktig uppfattning af symtomens kausala och kronologiska sammanhang etc. Dylika brister kunna utan tvifvel af en erfaren psykiater mången gång *upptäckas*, men endast i de fall då beskrifningen har s. k. psykologiska kriterier på osannolikhet; *korrigeras* kunna de däremot af medicinalstyrelsen icke. Ty begäran om nytt utlåtande af fängelseläkaren lär väl knappast ha till följd en riktigare psykiatrisk beskrifning af den tilltalade. Redan brister af detta slag äro alltså nog så betydelsefulla för den tilltalades öde.

Af ännu större betydelse äro de negativa bristerna, förbiseendet af viktiga symtom, då dessa kunna vara ännu svårare eller omöjliga att upptäcka. Förutsättningen för att de skola kunna upptäckas, är nämligen, att rannsakningsprotokollen i

beskrifningen af den tilltalade och af den brottsliga handlingen innehålla sådana fingervisningar, att den öfvade psykiatern däraf kan sluta sig till symtomen. I betraktande af den psykologiska sakkunskap, hvarmed rannsakningen ledes, och formen för protokollens uppsättande, torde emellertid mera vidtgående förhoppningar om vägledning från detta håll vara tämligen ogrundade.

Jämförelsevis mindre betänkliga äro felaktigheter i epikrisen öfver fallet, i själfva motiveringen af utlåtandet, då de äro lätta att upptäcka.

Jag skall i epikriserna till de nedan anförda utlåtandena visa, att brister af alla ofvannämnda slag förekomma.

3) *Fängelseläkaren har (äfven enligt nu gällande bestämmelser) att på anfordran af öfverståthållareämbetet i Stockholm, af K. Befallningsh. i landsorten afgifva utlåtande angående samhällsvådlighet hos sådana personer, som af medicinalstyrelsen förklarats sakna förståndets bruk.*

Då dylika utlåtanden af fängelseläkaren afgifvas först, sedan målet slutbehandlats af medicinalstyrelsen, finnes intet korrektiv mot den samhällsfara, som bristande sakkunskap hos den betygsgifvande fängelseläkaren kan medföra.

Beträffande fängelseläkarens rättspsykiatriska verksamhet i allmänhet vill jag med anledning af »t. f. fängelseläkares» yttrande, »att vårt vetande i abstrakta ting alltid är relativt», och med erkännande af satsens riktighet i och för sig, framhålla, att denna verksamhet bör vara rent *praktisk* och riktad på det *konkreta* fallet, aldrig »abstrakt», såsom insändaren tycks mena. Vid afgifvande af ett rättspsykiatriskt utlåtande är det nämligen ej frågan om att »klyfva hår och väga atomer», det är ej frågan om att söka lösa olösliga problem angående den s. k. »tillräkneligheten», som själf ej är något annat än en tom och ihålig abstraktion — i hvilken hvar och en kan inlägga det innehåll honom lyster — en ren hypostas. Det är denna grundmissuppfattning, som många fängelseläkare tillägnat sig från juristerna, hvilken är en af de viktigaste orsakerna till, att de äfven i lätta fall, där de insett, att sinnessjukdom förelegat, kunna komma till alldeles befängda slutsatser. Om de i stället hade klart för sig, att det i hvarje enskildt fall är en konkret, uteslutande praktisk fråga, som skall besvaras, nämligen frågan, hur en viss individ lämpligast skall behandlas med största möjliga hänsyn till *samhällets säkerhet* och *individens socialisering*, så skulle problemet bli jämförelsevis enkelt. Ty problemet är i sig själf ingalunda så svårt och inkrångladt, som det blifvit genom den formella och abstrakta, juridiska frågeställningen — baserad på rent metafysiska funderingar om brottets natur, straf-

fets ändamål o. s. v. — hvilken hittills användts och alltjämt användes.

Jag tillåter mig nu återgifva några utlåtanden — i hast utvalda ur K. medicinalstyrelsens arkiv — för att bestyrka mitt af t. f. fängelseläkare bestridda omdöme.

1. Utlåtande angående inför Lane häradsrätt rannsakade, för misshandel tilltalade fattighjonet A. L.

[K. Med. Styrelsens Expeditions koncept $\frac{153}{06}$].

L. är 31 år gammal, utackorderad hos E. J. Den $^{14}/_{10}$ 1906 öfverföll L. utan yttre anledning J. och misshandlade honom med en påk så illa, att J. måste införas till lasarettet. Hörd angående motivet till sin handling säger L., att han fruktade, att J. skulle våldföra sig på honom, och därför genom sitt angrepp ville förekomma J. Dessutom hade L. *fått för litet mat* af J. samt för en tid tillbaka blifvit misshandlad af J. Denne uppgaf, att L. varit lat, ej velat arbeta. Vanligen hade han legat till middag och sedan vandrat omkring i skogen och på landsvägarna. — L. är sedan 7 år omhändertagen af fattigvården. Enligt uppgift skall L. under sin vistelse å fattiggården visat sig dyster och sluten, f. ö. ej fäst uppmärksamheten vid sig.

Fängelseläkaren fann honom (utlåtande af d. $^{6}/_{1}$, 1900) vara slö, likgiltig, apatisk, själf ansåg sig L. vara något »förslappad»; uppgaf som orsak härtill, att han en gång, under det han hade anställning som sjöman, förlist på Nordsjön. Anledningen till hans overksamhet under de sista 7 åren har enligt L:s utsago varit en del yttre ogynnsamma omständigheter: »Än har det varit en del saker (ägodelar), som han ej velat lämna, än har hans papper ej funnits tillgängliga, eller hafva vissa personer hindrat honom, och för resten har han ju inte behöft att vidtaga någon förändring.»

»Under alla förhållanden», tillägger fängelseläkaren, »och äfven vid försök att under samtalet tillspetsa situationen bibehåller han jämvikten, allt under det att öfver hans person hvilar något oberördt eller dröjande. Hans uppmärksamhet är ej aftrubbad, hans uppfattning är otadlig. Minnet i kontrollerbara delar utan anmärkning förefaller likväl ej synnerligen godt, hans tankeverksamhet är ej påskyndad, snarare något långsam. Sinnes- eller tankevillor kunna icke konstateras.»

Ett stycke längre ned säger fängelseläkaren:

»L. säger sig aldrig tillförne ha låtit sig hänföras till vredesutbrott: »Det som är skedt kan inte göras om, det lönar därför inte mödan mera därom tala.»

De fakta angående L. som sålunda kommit till min kännedom, dels i hvad som genom rannsakningsprotokollet och uppgifterna från fattigvårdsstyrelsen framgår, så ock denna min egen undersökning, synas ej vara af synnerligen positiv natur, då frågan är att konstatera en hos honom möjligen förefintlig sinnessjukdom. Hvad som mera därvidlag är ägnadt närmare öfverväga är den ofvannämnda tydligt framträdande likgiltigheten eller slöheten, ställd i samband med hans (enligt egen uppgift efter skeppsbrottet uppkomna) nedstämdhet och den för hans år och kroppsförhållanden påfallande brist

på arbetslust under senare år. Men ensamt för sig synas mig dessa förhållanden icke vara tillräckliga att på dem grunda ett utlåtande, att L. skulle — åtminstone för närvarande — lida af sinnessjukdom och på den grund förklaras straffri.

Jag finner mig sålunda härmed böra förklara, att vid den af mig gjorda undersökningen icke sådana omständigheter yppat sig, hvilka torde berättiga till antagandet, att A. L. lider af sinnessjukdom, hvilket på heder och samvete», etc. —

Detta fall är en typisk dementia simplex, d. v. s. en varietet af den sjukdomsform eller -grupp, som i den officiella nomenklaturen benämnes dementia primaria. Denna dementia simplex börjar i regeln under tidsperioden 15—25 år, har ett ytterst smygande och långsamt förlopp utan några som helst alarmerande symptom. Tidpunkten för den sjukliga processens början kan därför vara svår eller omöjlig att bestämma. Af synnerligen stor vikt är, att hallucinationer och tankevillor alldeles kunna saknas. Sjukdomen röjer sig genom följande symptom:

Affektiv aftrubbning, intresselöshet, apati, liknöjdhet.

Fängelseläkarens uttryck, att pat. »bibehåller jämvikten», att det »öfver hans person hvilar något oberördt eller dröjande» påpeka också dessa symptom på ett — med hänsyn till uttryckens försiktiga måttfullhet — nästan komiskt träffande sätt.

Intelligensnedsättning, karakteristisk därigenom att de primära intellektuella funktionerna — perception, fixationsförmåga,[1])

---

[1]) = Merkfähigkeit, mémoire de fixation, den funktion, hvarigenom en förnimmelse fästes, *fixeras*, i medvetandet. För denna funktion tillåter jag mig föreslå termen *fixationsförmåga*, en benämning, som har den förtjänsten att vara fullt adäkvat, d. v. s. beteckna just det åsyftade fenomenet, ingenting mer och ingenting mindre. Det kunde tyckas öfverflödigt att föreslå ännu en benämning till dem, som redan nu börjat användas. De benämningar för fixationsfunktionen, som här i landet äro i bruk, uppfylla emellertid ej berättigade anspråk på en vetenskaplig term. Germanismen »*märkförmåga* är tvetydig och kan lätt ge anledning till förväxling med *iakttagelseförmåga*, en förväxling som jag nyligen funnit i ett rättspsykiatriskt utlåtande af en prov. läkare, enär det svenska ordet »märka» mera framhäfver uppmärksamhetens inriktande på ett bestämdt föremål (= iakttagelse), under det att »merken» i »Merkfähigkeit» betyder just fästa i minnet ett intryck. Termen »*inpräglingsförmåga*» innebär ett moment af aktiv, under uppmärksamhetsinställelse skeende, verksamhet, hvarigenom termen blir *för trång* och *inadäkvat*, då den ej utan våld på fakta kan användas om den s. k. »passiva» fixationsfunktionen (Ziehen), genom hvilken intryck, som träffa så att säga perifera delar af medvetandet d. v. s. utan uppmärksamhetsinställelse, fästas i minnet. Termen »*kvarhållningsförmåga*» är äfven *inadäkvat*, enär detta icke betecknar det primära och väsentliga i fixationsprocessen, självfva inträngandet och fästandet af ett intryck, utan i stället betonar det sekundära, kvar-

erinringsförmåga etc. — äro intakta eller åtminstone relativt intakta, under det att de sekundära, de högre, intellektuella funktionerna, kombinations-, omdömes- och slutledningsförmåga äro höggradigt nedsatta. Denna art af intelligensnedsättning är också tydligt påpekad i utlåtandet.

Rubbningar i handlandet, röjande sig i en nedsättning af handlingskraften, energilöshet, då och då afbruten af explosiva, mer eller mindre barocka, d. v. s. omdömeslösa, handlingar. — I detta fall har en kroppsligt frisk människa vid 25 års ålder utan påtaglig yttre anledning upphört att arbeta, och sedan allt framgent under en observerad tidrymd af 7 år förblifvit sysslolös. Den brottsliga handlingen bär också demensens stämpel, omdömeslös motivering, samt därjämte måhända också impulsivitetens.

I föreliggande fall har fängelseläkaren i sin beskrifning af den tilltalade, *utan att själf veta det,* påpekat sjukdomens viktigaste symtom, men har ej haft nog insikter för att inse deras betydelse och för att af dem draga den nödvändiga slutsatsen, att den tilltalade var sinnessjuk.

2. Utlåtande angående inför Marks häradsrätt rannsakade för mordbrand tilltalade hemmansägaren J. A. A.

(K. Med. Styrelsens Expeditions koncept $\frac{2783}{05}$).

A. är född 1865. Sedan 10—12 år af ortens befolkning ansedd »konstig», saknande förståndets bruk, »sluten och besynnerlig», »ofta anfäktad af underliga idéer». Orsaken härtill har trotts vara svartsjuka. Vidare anföras egendomliga handlingar, så t. ex. skulle A. för 2 år sedan begifvit sig från sitt hem endast medtagande ett lakan och en rakknif. Söndagen före den dag, då A. anlade mordbrand, hade han sprungit fram och tillbaka på vägen med stenar i fickorna ropande, att han skulle slå ihjäl kyrkfolket. Vid samma tidpunkt, ungefär 6 dagar före brottets begående, skall han ha hotat att bränna en grannes hus, »ty det skall inte bo någon på hans ställe, för det skall tillhöra mig.»

Angående omständigheterna vid brottets begående berättar t. f. fängelseläkaren i sitt utlåtande af den $^{13}/_{8}$ 1905 följande:[1])

---

hållningen, för hvilket själfva fixationen är en förutsättning. Att »god fixationsförmåga» och »god kvarhållningsförmåga» icke äro identiska visar också den hvardagspsykologiska erfarenheten, att det finns individer, som med stor klarhet och pregnans fästa intryck i medvetandet, men som dock mycket hastigt förlora förmågan att reproducera intrycken. Dessa individer ha uppenbarligen god fixationsförmåga men dålig kvarhållningsförmåga.

[1]) Utlåtande angående A. hade först afgifvits af ord. fängelseläkaren men af K. Med. Styrelsen återremitterats med begäran om nytt yttrande. Det utlåtande, som jag här ofvan anför, är det andra, af t. f. fängelseläkaren angifna.

»Den 29 maj hade A. ej känt sig riktigt frisk utan haft ondt i bröstet, och, då han »intet vetat hvad han skulle taga sig till», vid middagstiden begifvit sig till målsägarens skog och satt eld på den med tändstickor samt att han, omedelbart efter det skogen börjat brinna, gått till sitt hem utan att något bry sig om branden.» Närmast intill brandstället liggande byggnader utgjordes af A:s egen gård; dock låg vinden från gården. Någon orsak till brottet kunde A. icke angifva; skogens ägare hade aldrig gjort honom något ondt. Vid ett tillfälle skall A. emellertid ha yttrat: »jag har 5,000 kr. att fordra af grannar; dem skall jag bränna för; det lilla jag har bränt, det är så litet, att det växer snart igen.»

Under ransakningen talade A. »synnerligen oredigt och osammanhängande». Röjde därvid åtskilliga falska föreställningar. Ansåg, att en viss namngifven person skulle ha stått i brottsligt förhållande till hans hustru och vara far till hans 4 yngsta barn. Vidare ansåg A. sig ha lidit ekonomisk orätt från vissa personers sida. Efter att ha utvecklat, hurusom A. från dessa falska föreställningar angående förföljelse från vissa enskilda personer småningom kommit därhän, att han ansåg sig föremål för allmän förföljelse, säger t. f. fängelseläkaren: »Af hvad jag nu anfört torde framgå, att den tilltalades sinnesbeskaffenhet ingalunda kan kallas normal; för bedömande af graden af hans abnormitet komma äfven andra moment i betraktande, särskildt utvecklingen af hans rättskänsla och moraliska åskådning.» Därpå framhåller t. f. fängelseläkaren, att A. inser det *orättvisa* i sin handling, att han också inser det *brottsliga* och *olagliga* i sin handling, samt att han vet, att han kan ådömas straff för densamma.

Slutligen sammanfattar t. f. fängelseläkaren sitt resonnemang i följande ord:

»Sammanfattar man ofvanstående, finner man, att den tilltalade sedan flera år lider af falska föreställningar. Förföljelseidéer, hvilka kommit honom att sysselsätta sig med hämdplaner. Dessa taga slutligen uttryck i en våldshandling, hvilken synes så mycket mera omotiverad, som den riktas mot en person, mot hvilken den tilltalade ej har någon anledning att hysa agg. Dessa omständigheter synas mig, såsom jag förut anmärkt, tydligt tala för en abnorm sinnesbeskaffenhet. Men i handlingen *ligger intet impulsivt,* den är tvärtom på förhand beräknad på att åstadkomma skada och förlust, likasom den tilltalade fullt insåg och fortfarande inser det brottsliga och straffbara i densamma, men likväl icke ryggade tillbaka för att fullfölja sitt uppsåt. Detta synes mig innebära, att han måste anses åtminstone i någon mån till räknelig för sina åtgöranden, hvarför jag finner mig berättigad att afgifva det *utlåtande,* att starka skäl finnas för det antagandet, att häktade J. A. A. vid det åtalade brottets begående varit och fortfarande är af sinnessjukdom beröfvad förståndets fulla bruk, hvilket härmed» etc.

Detta fall är synnerligen instruktivt. Såsom af beskrifningen framgår, är det ett typiskt fall af en känd sjukdomsform (event. grupp), den kroniska förrycktheten. Efter att hafva skildrat den tilltalades psykiska tillstånd med en, som det vill synas, korrekt uppfattning, hejdar sig t. f. fängelseläkaren och afbryter slutledningen, hvilken helt kort bort utmynna i konklusionen: sinnessjuk, alltså icke straffbar, för att

efter påpekande, »att den tilltalades sinnesbeskaffenhet ingalunda kan kallas normal», försöka sig på bedömande af graden af hans *abnormitet,* hvilket enligt t. f. fängelseläkarens mening bör ske genom att taga i öfvervägande »utvecklingen af hans rättskänsla och moraliska åskådning». Detta är emellertid en synnerligen olycklig manöver, ty dels visar sig t. f. fängelseläkaren förväxla tillstånden *sinnessjukdom* och *abnormitet* — uttrycket abnormitet kan nämligen knappast af honom ha användts som en (i så fall oriktig) synonym för sinnessjukdom, ty *graden* af sinnessjukdom kan ej rimligtvis anses ha någon betydelse för utlåtandet — dels tillgriper han för bedömandet af tillräkneligheten två »psykologiska kriterier», rättskänslan och den moraliska åskådningen. Dessas halt pröfvar han genom att förvissa sig om, att den tilltalade inser det »*orättvisa*» (skall väl vara »moraliskt klandervärda»), »*brottsliga*», »*olagliga*» och »*straffbara*» i sin handling. De båda anförda psykologiska kriterierna afslöja sig alltså som det sorgligt ryktbara men så omtyckta kriteriet, förmågan af »discernement», d. v. s. förmågan att formaliter skilja emellan rätt och orätt. Det är i sanning förunderligt, att detta kriterium, som under de sista 15—20 åren gång på gång blifvit ihjälslaget af de yppersta rättspsykiatrer, alltjämt »går igen». Ett enkelt öfvervägande borde dock lära, att lika väl som en idiot kan komma ihåg multiplikationstabellen och många andra »konster», som han en gång lyckats inlära, lika väl kan en sinnessjuk, med en event. god intelligens, på tillfrågan ge uttryck åt den genom den hvardagliga erfarenheten vunna insikten, att den eller den handlingen är (= anses vara) »moraliskt förkastlig», »olaglig», »brottslig», »straffbar». Att det öfver hufvud taget icke existerar några »psykologiska kriterier» på tillräknelighet eller otillräknelighet, och att hvarje försök att med tillhjälp af dylika lösa rättspsykiatriska uppgifter sålunda måste a priori betraktas såsom förfelade, vill jag i detta sammanhang endast i förbigående nämna.

T. f. fängelseläkaren nöjer sig emellertid icke med ofvan anförda kriterier. I sammanfattningen af sin motivering säger han nämligen, efter att först ha framhållit, att vissa skäl tydligt tala för en abnorm sinnesbeskaffenhet: men i handlingen ligger intet impulsivt, den är tvärtom på förhand beräknad på att åstadkomma skada och förlust» — — — hvar står det skrifvet, att en handling skall vara impulsiv, för att den, som begått handlingen, skall ha rättighet anses sinnessjuk? En dylik sats strider mot den alldagligaste och mest elementära psykiatriska erfarenhet och är sålunda fullkomligt absurd. F. ö. synes af beskrifningen med stor sannolikhet framgå, att

själfva påståendet är oriktigt, att mordbrandsanläggningen alltså var en hvad man populärt benämner, impulsiv handling. I beskrifningen på brottet står nämligen, att den tilltalade den dag, detta begicks, »hade ondt i bröstet», så ondt, att han »inte vetat, hvad han skulle taga sig till» och att han under detta tillstånd begifvit sig till skogen och anlagt eld. Efteråt hade han ej kunnat uppgifva någon orsak till handlingen. Den närmast till hands liggande tolkningen af denna skildring är, att en intensiv psykosensorisk retning (smärtor i bröstet) framkallat ett tillstånd af affekt, somatopsykisk rådlöshet (+ ångest?) hvarunder den psykosensoriska retningen, med öfverhoppande af den intropsykiska delen af förloppet, alltså genom hvad Wernicke kallar »kortslutning», öfvergått i en psykomotorisk retning. Att den motoriska reaktionen blir just en handling[1], hvilken den tilltalade förut sagt sig ha för afsikt att utföra, nämligen mordbrand, bevisar ingalunda, att handlingen var afsiktlig. Den förklaras tvärtom osökt på det sätt, att föreställningen »mordbrand» på grund af de föregående mordbrandsfunderingarna hade en särskildt stark »tonus». Det, som psykologiskt sedt är en ökad tonus hos en föreställning (d. v. s. en stegrad tendens hos en föreställning att tränga sig upp i medvetandet; t. ex. en tvångsföreställning, en öfvervärdig föreställning) är emellertid fysiologiskt sedt en ökad retbarhet hos det anatomiska substratet för det materiella förlopp, hvars psykiska parallellprocess utgöres af den »hypertoniska» föreställningen. Den ökade tonus utsträcker sig till alla i föreställningen ingående komponenter, sålunda äfven till den motoriska; därför ökad retbarhet äfven hos motsvarande materiella, motoriska korrelat. Då nu en psykosensorisk retning åtföljes af en motorisk (reflex-) reaktion i form af en komplicerad automatisk akt, följer den fysiologiska retningen i fråga om sitt förlopp lagen om det minsta motståndet, d. v. s. retningen följer den bana, där den lättast kommer fram. På detta sätt kan en automatisk reaktion utifrån sedt komma att te sig såsom en afsiktlig, öfverlagd handling, ehuru den psykologiskt analyserad visar sig alls icke vara en »handling», och följaktligen hvarken afsiktlig eller öfverlagd.

Med denna tolkning öfverensstämmer också, att den tilltalade på tillfrågan om orsaken till sin handling sagt sig icke veta, hvarför han begått densamma, vidare att skogen tillhörde en person, hvilken enligt hans egen utsago aldrig gjort honom något ondt, slutligen att närmast intill brandstället liggande

[1]) Psykologiskt sedt är det ej en verklig handling, då det ju är en motorisk reaktion utan medvetet motiv.

byggnader utgjordes af den tilltalades egen gård. Att den tilltalade fällt yttraden, som skulle kunna tolkas såsom en bekännelse, att hans handling varit afsiktlig, bevisar ej heller, att handlingen verkligen varit det. Det är nämligen så, att för icke-motiverade handlingar, utförda af lucida sinnessjuka, hos hvilka höggradigare intelligensdefekt icke förefinnes, motiv inom kort substitueras, utan att personerna själfva ha en aning om, att motivet tillkommit *efter* handlingen. Detta intressanta fenomen är beroende på det hos alla individer med bibehållen intelligens förefintliga kausalitetsbehofvet, som med en verklig horror vacui sträfvar att utfylla alla luckor i kausalkedjan, nämligen för så vidt dessa luckor röra fenomen, som ha en närmare relation till det egna jaget.

I ofvan anförda fall har t. f. fängelseläkaren sålunda förklarat en typiskt sinnessjuk visserligen förete en abnorm sinnesbeskaffenhet men på grund af vissa »psykologiska kriterier» kommit till slutsatsen minskad tillräknelighet. I fråga om ett af dessa åberopade kriterier, handlingens icke-impulsivitet, har t. f. fängelseläkaren säkerligen felaktigt uppfattat det psykologiska förloppet, hvilket, för såvidt skildringen af omständigheterna vid brottets begående är riktig, med största sannolikhet varit sådant, att man är berättigad beteckna handlingen såsom impulsiv. Således, t. o. m. om man accepterar t. f. fängelseläkarens fordran på ett psykologiskt kriterium jämte sinnessjukdom för otillräknelighetsförklaring, borde utlåtandet dock ha påkallat straffrihet.

3. Utlåtande angående inför Husby Tingslags Häradsrätt rannsakade för mord å sin hustru tilltalade J.

(K. Med. Styrelsens Expeditions koncept $\frac{1585}{04}$, d. $^{2}/_{6}$ 1904.)

J. är född 1847; gift sedan 1876. Alltid lefvat i godt förhållande till hustrun. Sedan 2 år »konstig», »grubblande», »underlig», yttrat farhågor att bli »tokig». Tre gånger själfmordsförsök (före hustruns död): 1) sommaren 02 dränkningsförsök; 2) hängningsförsök, (repet brast); 3) dränkningsförsök. Dödade den $^{13}/_{2}$ 1904 sin hustru under följande omständigheter. Steg upp kl. 6 på morgonen efter en sömnlös natt. Då han skulle gå ut till sitt arbete, hade hustrun gått förut ut i förstugan för att öppna dörren, därvid J. fattat en vid dörren stående yxa, hvarmed han huggit hustrun i ryggen, så att hon fallit omkull och blifvit liggande utan att visa lifstecken. J. hade dock huggit henne med yxan ytterligare ett par häftiga tag i nacken och ena axeln. Allt hade gått så hastigt, att J. »icke ens hann tänka på, hvad han gjorde.« Då en stund senare personer kommit för att hämta honom till arbetet, hade han medföljt och först efter någon stund meddelat, att hustrun var död, utan omsvep förklarat sig skyldig samt uttalat sin afsikt att gå och lägga sig för tåget.

Vid förhör uppgaf J., att han hållit mycket af hustrun och därför ej ville, att hon skulle öfverlefva honom; därför hade han tagit hennes lif och ämnade själf göra slut på sig, så att de båda finge ligga i samma graf. Uttalade vidare sin önskan att genast få gå och ta lifvet af sig. Klagade öfver, att han »nästan jämt» kände sig besynnerlig i hufvudet, beroende på, att han ej fått sofva »mer än en timme på två år».

Vid rannsakningen den $^{8}/_{3}$ 04 sade han, att han ej tänkt döda hustrun, utan gärningen hade föröfvats af honom i ett sådant sinnestillstånd, att han ej vetat, hvad han gjorde; tyckte emellertid, att han handlat väl, ty det vore bäst för hustrun att vara undan; hoppades, att rätten ville gifva honom lös, på det han kunde få själf bringa sig om lifvet.

Enligt fängelseläkarens utlåtande af den $^{5}/_{4}$ 1904, visade J. i fängelset stor oro och ängslan, vred händerna, tryckte dem hårdt mot hufvudet, sade, att hjärnan skvalpade i hufvudet på honom, att han hade hål mellan hufvudets ben så stora, att ett finger kunde läggas mellan dem, omtalade sin önskan att taga lifvet af sig. Senare något lugnare men fasthöll sina förvända idéer, visade ingen ånger öfver brottet klagade öfver, att han ej fått tillfälle beröfva sig lifvet.

Fängelseläkaren afgaf det utlåtande, att J. i ett anfall af sinnesförvirring beröfvat sin hustru lifvet och därvid saknat förståndets *fulla* bruk, samt att J. vid tiden för utlåtandets afgifvande fortfarande var sinnessjuk.

Sedan K. Med. Styrelsen af fängelseläkaren infordrat nytt yttrande, förklarade denne i ett utlåtande af den $^{21}/_{4}$ 04, att han i sitt ovannämnda utlåtande af den $^{5}/_{4}$ afsett sådan psykisk rubbning, som omförmäles i strafflagens V kap. 5 §.

Fallet torde höra till dem, som rättsmedicinskt ej kunna tolkas på mer än ett sätt. Att fängelseläkaren likväl kommit till slutsatsen sinnessjuk — men saknade förståndets *fulla* bruk, är mig ofattligt, då jag ej haft tillfälle att se hans motivering. En förklaring vore ju, att det helt enkelt är en lapsus.

---

4. Utlåtande angående B. W. S. tilltalad för otuktsbrott, af prof. Svensson, Upsala hospital, den 12 april 1905.

S. är född 1886. En moster till S. lär tidtals ha varit sinnessjuk, en bror till S. (enligt uppgift från S:s advokat) »nära nog idiot». S. har från första barnaåret varit sjuklig, haft hjärnfeber. Hade under hela skoltiden »en och samma läxa», utan att han kunde lära sig den.

Den 12 maj 1904 hade S. under lek med flickan B. E. O., född 1894, å en torkvind två gånger under hot om stryk tilltvingat sig samlag med henne och därvid infekterat henne med gonorrhé.

Beträffande fängelseläkarens utlåtande säger prof. Svensson:

»Ur fängelseläkarens utlåtande torde följande böra in extenso anföras, mindre på grund af de upplysningar, som därur vinnas, än af andra grunder.

»Af den undersökning, som af undertecknad verkställts å den tilltalade å Gäfle länsfängelse enligt Bil. A. (som bifogas som Bilaga A.) till Kungl. stadgan af den 14 juni 1901 angående sinnessjuka samt

af de observationer, som under fängelsetiden å honom blifvit gjorda, framgår: *att intet anmärkningsvärdt angående den tilltalade kunnat konstateras än en högersidig testikelsvullnad och nedsatt hörsel å vänstra örat, det sista sviter af en föregående skarlakansfeber; att han ej under fängelsetiden visat tecken till sinnessjukdom.*

Af från pastorsämbetet i Valbo begärda utlåtande öfver den tilltalade enligt Bil. B. (som bifogas som bil. B.) till Kungl. stadgan af den 14 juni 1901 angående sinnessjuka framgår: att den tilltalades föräldrar ej äro sinsemellan besläktade, ingendera benägen för dryckenskap; att hans moders farfader blifvit afrättad på grund af lifsfarligt våld mot sin far; att han blifvit uppfostrad i hemmet, fattig, med dåliga familjeförhållanden, att han ej fullt två år bevistat skolan, ej konfirmerad, att han enligt uppgift ej är begifven på starka drycker, ej heller missbrukat morfin, opium eller tobak; att han varit sjuklig, haft skarlakansfeber, nervfeber, lunginflammation, vatten i lungsäcken 3 gånger och hjärnfeber, tungsint, litet begåfvad, men ej lidit af sinnessjukdom.

Efter öfvervägande af föregående, hvaraf framgår, att B. W. S. ej visat tecken till sinnessjukdom, ej heller att det kunnat påvisas, att han förut varit sinnessjuk, ehuru han varit sjuklig, tungsint och litet begåfvad, samt en del personer intygat, »att han på flerehanda sätt för deras uppfattning förefallit såsom att han ej skulle vara alldeles riktigt fullt normal», att fall af sinnessjukdom skall ha förekommit inom släkten, att hans skolgång blifvit försummad, att hemmet varit fattigt och familjeförhållandena dåliga, att han först förnekat sin brottsliga gärning, men sedan erkänt, att han två gånger på samma dag och ställe föröfvat sitt otuktsbrott, när han blifvit uppmärksamgjord på, att hans offer hade samma veneriska sjukdom som han själf, att han erkänt sig vara fullt medveten om det brottsliga i sitt beteende, och att det vore förenadt med strängt straff, att han, då flickan vid brottets föröfvande ropat på hjälp, lofvat henne en vacker boll, om hon teg, och sedan hotat henne med stryk, om hon skulle omtala hvad som förefallit, får jag afgifva det utlåtande: B. W. S., som förut, hvad man vet, ej lidit af sinnessjukdom, ej heller under sin vistelse å fängelset visat tecken till sinnesförvirring, med all sannolikhet vid tiden för det åtalade brottets begående *ej saknat förståndets fulla bruk*, hvilket härmed» etc..

Efter en ingående och noggrann undersökning, hvilken jag här af utrymmesskäl ej refererar, förklarade professor Svensson S. vara »imbecill på en grad, som ligger idiotiens högre grader nära, *således motsvarande en utveckling, som hos ett normalt barn ligger under tio års åldern*». I enlighet härmed angaf prof. Svensson det utlåtande, att S. vid brottets begående var *i saknad af förståndets bruk*».

I detta fall se vi en höggradig imbecill, som i andlig utveckling står på samma ståndpunkt som ett barn under 10 år, af vederbörande fängelseläkare förklaras »ej sakna förståndets fulla bruk». Till jämförelse vill jag anföra strafflagens 5 kap. 1 §: »Gärning, som eljest staffbar är, vare strafflös, om den begås af barn, innan det fyllt femton år». Kommentarier torde vara öfverflödiga.

Emellertid vill jag framhålla, dels att i fängelseläkarens utlåtande, för så vidt detta återgifvits i prof. Svenssons utlåtande, *icke finnes en enda objektiv iakttagelse påvisande den hög-*

gradiga intelligensnedsättningen hos S., dels att hos denna höggradiga imbecill af fängelseläkaren påvisats förmågan af »discernement». Värdet af detta psykologiska kriterium får härigenom sin rätta belysning.

5. Utlåtande angående inför Björkekinds, Östkinds, Lösings Bråbo och Memmings härad rannsakade, för mordbrand tilltalade arbetaren C. G. E.

(K. Med. Styrelsens Expeditions koncept $\frac{1103}{06}$).

E. är född 1875. Gått i skolan från 7 till 15 års ålder men endast något så när lärt läsa och skrifva, emedan han alltid haft svårt att »fatta innehållet och lära», hvarför han enligt pastors utlåtande »icke ägde någon kristendomskunskap.» E. har tjänat som dräng, men under de sista 2 åren gått hemma hos föräldrarna sysslolös. Efter att förut ha varit »glad och uppsluppen som andra pojkar» har E. under de sista 4 åren varit dyster och folkskygg, visat sig egendomlig i sitt sätt att föra sig och synts omtöcknad eller rubbad till förståndet.

Den 21 febr. 1906 anlade E., efter att på morgonen ha uttalat hotelser därom, på f. m., när han blifvit ensam, eld i sin bostad, på det sätt, att han sammanrafsat en del tidningar å det med vaxduk klädda, alldeles invid fönstergardinerna stående köksbordet, hvilka han påtändt. Därpå aflägsnade han sig till Norrköping på ett par timmar. Elden släcktes skyndsamt af tillstädeskomna personer.

Såsom motiv för sin gärning uppgaf E., att länge ett dåligt förhållande varit rådande mellan honom och fadern, emedan denne »ej lärt honom något utan i stället brukade flyga på honom och slå honom», hvarför han, efter att flera gånger hafva hotat att tända eld på huset och redan förut vid ett tillfälle anlagt eld, som han dock genast släckte, nu ställt till det hela »som ett skrämskott», i den förvissning, att folk, som fanns i närheten, nog skulle observera elden, innan den tagit någon fart.

I fängelset har beträffande Eriksson iakttagits:

»Utseendet är slött, särskildt anmärkes ett slappt drag kring munnen, som vanligen hålles öppen till hälften. Då han lämnas åt sig själf, sitter han ofta framåtlutad med framskjutna axlar och händerna halfknutna stödda mot knäna, och ögonen obestämdt riktade mot golfvet framför sig. Då han tilltalas, rycker han upp sig litet, knycker på hufvudet, ryckningar inträda kring ögonen och mungipor, och, när svaret kommer, åtföljes det vanligen af täta blinkningar med ögonlocken. Då han svarar — eljest talar han i allmänhet ej — komma orden först tämligen raskt men senare sömnigt, monotont och i någon mån skanderande Han är för öfrigt trög i alla rörelser, gången är slapp, hållning saknas alldeles, hufvudet bäres långt nedböjdt. Då han sätter sig, sjunker han tungt ned på stolen. Ibland skakar han lindrigt i hela kroppen (ej af köld); ingen starkare darrning, då han håller armarna med fingrarna utsträckta.»

»Hans minne är såsom således framgår redan af skolkunskaperna betydligt klent. Iakttagelseförmågan och uppfattningen af hvad som sker

omkring honom synes ej vara mycket bättre. Hur många trappor upp han har sin cell, vet han ej, tror att han har 5 fönster (rutor? ingetdera riktigt) i densamma, uppskattar rummens antal i hela fängelset till blott 10 o. s. v. Om hans begrepp om den närvarande tiden ger följande samtal (den 24 mars) föreställning:

Hvad är det för dag i veckan i dag? Rätt, lördag.

Hvilken månad äro vi i nu? Mars sålänge.

Hvad är det för datum i dag? 10 eller så.

Hvilket år är det nu då? 1905.

Säkert? Ja.

Att han är i fängelse, vet han, men synes ibland ändock tro, att han kan få »gå hem en stund» (vaktbetjäningens uppgift). »Det är ju inte så trefligt, att man inte har sin fria vilja förstås», säger han, men menar för öfrigt, att han ej har något att klaga. Han är alltid lugn och foglig till lynnet, och det enda, som i någon mån gör honom upprörd, är, när man talar om orsaken till att han sitter häktad. »Inte har jag gjort något, så jag behöfver sitta på fängelse.» Hade han velat tända på, hade han kunnat göra det mycket bättre. Han är ensam förorättad. Föräldrarna hade aldrig haft något att beklaga sig öfver beträffande honom. Däremot bure de ensamma skulden till det skedda, i det de »aldrig lärt honom något», hvilket skäl han ständigt upprepar nästan mekaniskt. Ej heller på Fiskeby, där han arbetat en tid, hade de lärt honom något. På tillfrågan, om han själf försökt vara riktigt läraktig, svarar han, att han »nog ej varit kvicktänkt till att fatta, om det skulle vara något mera». Sinnessjuk erkänner han sig däremot ingalunda vara. Enklare, särskildt alldagliga frågor förstår han nog och besvarar dem någorlunda riktigt, men så snart han kommer in på nämnda ämne, och särskildt då han grälar på fadern, blifva hans utgjutelser i ifvern vidunderligt orediga, såsom framgår af följande profbit: »Där ingen afgift är från en person, så att han naturligtvis inte gör skäl för mat och kläder ordentligt, så att han inte gäldgör någonting, då gör han inte skäl för maten, så ger di ju inte någon undervisning, och då är han naturligtvis i sin laga rätt» o. s. v., o. s. v. »Naturligtvis» spelar en stor roll i hans bevisföring. Sinnesvillor, anfall af någon art eller egendomliga handlingar hafva ej kunnat iakttagas hos honom. Renligheten har ej lämnat något öfrigt att önska. Arbete har ej tilltrotts honom, och han har ej heller själf begärt något sådant.

Sammanfattar man de karaktärer af sjuklig beskaffenhet, som af handlingarna i målet och vid undersökningen i fängelset visat sig framträda hos Eriksson, äro dessa väsentligen:

a) Af handlingarna att döma:
  1) Svårighet att fatta och lära;
  2) Svårighet eller omöjlighet att hafva något stadigvarande arbete;
  3) Egendomligt uppträdande i vissa fall;
  4) Folkskygghet.

b) Efter hvad af undersökningen framgått:
  1) Fysisk hållningslöshet;
  2) Abnormt starkt framträdande medrörelser vid tal;
  3) Slöhet och tröghet;
  4) Obetydliga skolkunskaper;
  5) Dåligt minne;
  6) Bristande uppfattning;
  7) Bristande reda i tankegången;
  8) Kritiklöshet;
  9) Ingen arbetslust.

I några fall har vid undersökningen en del af dessa karaktärer gifvit sig tillkänna på ett sådant sätt, att det t. o. m. synts svårt att säkert utesluta möjligheten af simulation. Det vore ju tänkbart, att t. ex. hans förläggande af Nilfloden till Sverige med lopp förbi Skara berott på ett afsiktligt öfverdrifvande af egen okunnighet och dumhet. Detta är dock ej troligt i betraktande af hans omedelbart förut och efteråt så vidt möjligt riktigt afgifna svar, den grundliga tid till eftertanke han alltid tog på sig, och den tragiskt allvarsamma ton och min hvarmed alla svar uttalades. — Att han förväxlade konungens namn med hans farfaders torde möjligen hafva sin förklaring däri, att han i Norrköping sett den senares staty, af hvilket minnet stod jämförelsevis lifligt framför honom; mot antagandet af simulation talar också den omedelbart efter utan särskild anmaning följande rättelsen. — Att han ej har klart för sig, att vi passerat året 1905 och befinna oss i 1906, förefaller ej heller så konstigt för den, som sett honom. Hans orediga haranger slutligen, då det gäller att försvara sig själf och svärta ned fadern, upprepas ständigt med en sådan öfvertygelse och säkerhet, att det för en normal person helt visst skulle fordras långt mer än vanlig intelligens för att genast vid behof med sådan konsekvens och på ett sådant sätt kunna prestera något, som till den grad saknar både rim och reson.

Simulation — åtminstone i någon väsentligare grad — torde därför kunna uteslutas, och det lider intet tvifvel, att Eriksson för närvarande befinner sig i ett tillstånd, som måste betecknas som sinnessjukdom.

Denna sinnessjukdom motsvarar den form, som plägar benämnas dementia, d. v. s. sinnesslöhet rätt och slätt och synes af handlingarna att döma hafva blifvit fullt tydligt för omkring 4 år sedan. Någon påtaglig orsak till dess uppträdande då har ej kunnat påvisas, men otvifvelaktigt står den i samband med den bristande begåfning, som efter hvad af skolkunskaperna framgår torde hafva utmärkt honom allt sedan tidiga barndomen, och som troligen är medfödd.

Hvad beträffar själfva den åtalade handlingen, kan man äfven med kännedom om den anklagades sedan länge bestående sinnessjukdom icke förutsätta, att det varit hans afsikt att anställa större skada allra minst nedbränna huset. Den grad af förstånd, som enligt föregående utredning tydligen ännu finnes kvar hos honom, tillåter knappast att antaga, att han skulle varit till den grad omedveten om den fara, hvari han, om ett sådant uppsåt lyckats, skulle sväfvat, att han före handlingens begående genom hotelser därom förrådt sig själf som gärningsmannen och efteråt ej vidtagit minsta försök att hålla sig undan. Och för antagandet af en ytterligare för tillfället påkommen sinnesförvirring, kanske orsakad af ett utan tvifvel föregående gräl med fadern, finnes ej bevis nog.

Långt sannolikare är, att den anklagade, såsom han själf medgifver, med sin gärning endast åsyftat att injaga skräck hos föräldrarna. Man förstår mycket väl, att han, äfven om han möjligen haft en obestämd känsla af det olämpliga i ett sådant tilltag, på grund af sitt ständigt omtöcknade tillstånd dock icke varit mäktig af en nog kraftig hämning af de impulser, som behärskade honom. Ett begrepp om det brottsliga i handlingen har man ju knappt ens senare lyckats bibringa honom.

Efter detta försök att bedöma sjukdomens symtom och väsen återstår ännu att diskutera dess behandling.

Från synpunkten af den anklagades förbättring torde på grund af hans sinnesbeskaffenhet föga vara att vänta af ett straff utöfver de

han redan lidit genom att sitta häktad. Har han icke nu fått klarhet om det orätta i sin gärning, torde icke heller senare mycket vara att hoppas i detta afseende.

Från synpunkten af samhällets behof af skydd, kunde en internering på anstalt för sinnessjuka komma i fråga.

Från båda synpunkterna och för att om möjligt hindra återfall i brott kunde såsom lämpligt föreslås, att domaren vid frikännandet — till den kraft och verkan det hafva kunde — för honom sökte klargöra, att detta endast kunde ske med hänsyn till den sinnessjukdom, hvaraf han led, men att ett förnyadt brott kanske till sina följder blefve allra farligast för honom själf, emedan det kunde föranleda hans inspärrande på dårhus. Man behöfver knappast tvifla på, att icke denna varning sedan tillräckligt framhölles för honom af hans omgifning.

Med stöd af det sagda får jag till sist afgifva det utlåtande, att Carl Gustaf Eriksson vid åtalade brottets begående saknat förståndets bruk, hvilket härmed på heder och samvete intygas.»

Klämmen i ofvanstående utlåtande är riktig. Anledningen till, att jag likväl nästan in extenso återgifvit utlåtandet, är att det innehåller en sådan praktfull samling »blommor», hvilkas bouquet jag ej genom ett referat velat förstöra. Med en detaljkritik af fängelseläkarens puerila och löjliga funderingar anser jag mig ej ha rätt att upptaga denna tidskrifts utrymme. Det är i allt lekmannen, som talar, reflexionerna öfver fallet äro idel lekmannavisdom, därtill ganska pretentiös sådan. Lekmannen röjer sig också i det lilla uttrycket »inspärrande på dårhus», hvilket är ett kort men otroligt suggestivt uttryck för all den råhet och alla de fördomar, som i det populära åskådningssättet ännu äro förbundna med föreställningarna sinnessjukdom och sinnessjukhus. Uttryckets förekomst i ett officiellt utlåtande af en svensk ämbetsläkare i nådens år 1906, torde åt denna handling förläna berättigade anspråk på att i framtiden bli betraktad som ett värdefullt kulturhistoriskt dokument. Äfven från denna synpunkt har jag ansett lämpligt att offentliggöra detta utlåtande.

6. Utlåtande öfver vid Stockholms Rådhusrätt rannsakade, för sedlighetsbrott tilltalade arbetaren F. A. B.[1]

(K. Med. Styrelsens Expeditions koncept $\frac{2462.}{06.}$)

B. är född 1857. Hans mor vårdades för sinnessjukdom under några veckor å Stockholms hospital; därefter skall intet abnormt hos henne hafva förmärkts. Fadern supare; hade häftigt lynne. B. säger sig alltsedan barndomen ha varit »melankolisk». I yngre år var B.

[1] Uppgifterna i utlatandet kompletterade med uppgifter från sjukjournal förd öfver B. å Katarina sjukhus.

sjöman. Vid 24 års ålder (antagl. 1882) blef han första gången si nessjuk och vårdades härför i 3—4 månaders tid i San Matteo i Väs indien. Under sjukdomen »visste han ej till sig», ville ej arbeta, v nedstämd och hade självförebråelser öfver, att han måst resa ifrån si skulder. Tillståndet varade omkr. 3 veckor (B:s egen uppgift). Eft hemkomsten till Sverige var han nedstämd nästan ett helt år, arb tade dock som vanligt. Gifte sig 1885. Äktenskapet mycket olycklig Enligt journalen å Katarina sjukhus skall han ha varit begifven på star drycker. B. bestrider emellertid, att han varit egentlig supare. sn rare »tillfällighetssupare», i det att spritmissbruk väl förekommit m endast efter bestämda yttre tillfälliga anledningar, såsom då han »kor mit i sällskap». Några egentliga perioder af spritbegär med åtföljan abusus vill han ej vidkännas.

Den $^{8}/_{4}$ 1904 intogs B. för första gången å Katarina sjukhus f sinnessjukdom. Under de två närmast föregående månaderna skall ha visat sig tyst och sluten. Detta säger sig B. emellertid nu (d 06) icke erinra sig, utan han tror, att anfallet kommit hastigt. Enli journalens anamnes skall sjukdomen ha utbrutit de första dagarna april, efter en »omåttlig spritförtäring» under tiden förut. B. blef ty och grubblande, sömnlös, tyckte allt vara »så besynnerligt», »hus stodo ej på sin plats», »ansåg sig ha gjort något förskräckligt», »k ej få lefva länge.» Urinerade i sängen. Vid inkomsten å sjukhus var han virrig, nedstämd, ansåg sig ha gjort något förskräckligt, hva för han ej kunde få lefva länge.

Tyvärr finns i journalen inga upplysningar om orientering, me vetandets klarhet (omtöckning), andra tankevillor än ofvannämnda, hall cinationer etc.

Den $^{14}/_{4}$ var han lugn, fick kläder, uppflyttades å konvalescen afdelning och började arbeta. Utskrefs den $^{20}/_{4}$ »symtomfri». B. up ger själf (dec. 06), att hans tillstånd var alldeles sådant som und första sjukdomsanfallet i Västindien, att det varade endast några d gar, och att han vid utskrifningen var fullt frisk. Den $^{18}/_{9}$ 1904 i togs B. för andra gången. Om hans tillstånd finnes endast följand $^{18}/_{9}$ »nedstämd, predikar med salfvelsefull stämma, sjunger» samt d $^{10}/_{12}$ »Ut fbd». — B. uppger (dec. 06), att han före detta insjuknand »supit högst obetydligt». Under sjukdomstillståndet, som varade »e dast ett par dagar», hade B. »känt en inre maning att predika», ha »trott, att Gud skulle hjälpa honom». Han uppger äfven på tillfr gan, att han under sjukdomstillståndet i sept. 1904 var »sexuelt up jagad».

Den 7 januari 1906 ingick B. i Godtemplarorden, och skall enli egen uppgift ha hållit sitt nykterhetslöfte ända till lördagen den $^{16}/_{6}$ 0 d. v. s. dagen före det åtalade brottets begående. Angående sitt ti stånd dagarna före den $^{17}/_{6}$ berättar B., att han onsdagen den $^{13}/_{6}$ i togs af föreställningen om den yttersta domens förestående, kände s lycklig, tyckte, att allt var förlåtet. Var sexuelt exciterad, »gick för att söka kvinnor». Lördagen den $^{16}/_{6}$ var han behärskad af d föreställningen, att om han hade samlag med den »rätta» kvinna skulle världen gå under, »allt skulle sjunka i glömskans haf». Vid 6— tiden e. m. denna dag sammanträffade han med en 30-årig prostituer kvinna, med hvilken han hade samlag. Han begaf sig därpå till Dju gården, hvarest han bjöd två för honom obekanta kvinnor på kaf och en halfva punsch. Kl. 11 e. m. lämnade B. dessa kvinnor. Str därefter träffade han en annan kvinna, med hvilken han hade saml i skogen. Han gick därpå ut till Friesens park, hade ingen ro, kun ej förmå sig att gå hem. Han lade sig i en där belägen paviljon

sommade ej men låg som i en dvala ett par timmar. Då kommo några »glada sjömanspojkar», som hade med sig öl och brännvin. De bjödo B., som förtärde 2 supar och något öl. Därpå begaf B. sig till sitt hem, dit han anlände kl. $^1/_2$ 5 f. m. den $^{17}/_6$. Han åt litet, lade sig sedan på en soffa men kunde ej somna, då hans hustru grälade hela tiden. På morgonen den $^{17}/_6$ (söndag) begaf sig B. med ungdomstemplet »Framtidens hopp» till Djurgården. B. låg där och betraktade barnens lekar, sof äfven ett par gånger. Han tyckte, att allt var så besynnerligt, trodde fortfarande, att världens undergång var nära, men hyste ingen fruktan därför, och att om han hade samlag med »den rätta flickan», skulle undergången påskyndas, hvilket han ansåg som en välgärning, då människorna ledo så mycket. Den rätta flickan trodde han sig skola möta, och hon skulle frivilligt hänge sig åt honom. Den kvinna, med hvilken han föregående natt haft samlag i skogen, hade han en stund trott vara »den rätta», men snart funnit, att detta var ett misstag.

Vid 3-tiden på e. m. gick B. afsides för att kasta sitt vatten. Han fick då se två flickor, af hvilka den större hjälpte den mindre att sätta upp kjolen. Han vände sig först bort för att icke genera flickorna och tänkte sedan gå förbi dem. Flickorna började då leka med B. och försökte skjuta honom utför backsluttningen. Då kom plötsligt tanken på samlag öfver B. Han sade åt den mindre flickan, S. E. (född 1896) att följa med honom bort till ett träd, som stod i närheten, och frågade henne, om de skulle »försöka göra något roligt.» Han lade därpå ikull flickan och drog upp hennes kjolar. Flickan började emellertid strax att skrika, hvarvid B. genast insåg betydelsen af sin handling. Han sade då åt flickan, »om du ej vill, så slipper du», samt hjälpte upp henne. Gick därpå bort till det öfriga sällskapet och omtalade det skedda. Skall äfven ha sagt sig ämna begå själfmord samt bedt tillstädesvarande personer taga hand om honom.

På aftonen den $^{17}/_6$ intogs B. å rannsakningsfängelset. Morgonen den $^{18}/_6$ bultade B. på väggarna i cellen. Vid läkareundersökningen på f. m. var B:s ansiktsuttryck dystert, blicken mestadels sänkt. B. förhöll sig fullkomligt passivt, rörde sig ej och svarade trots uppmaningar ej på tilltal. Efterkommer tillsägelsen att sätta sig och att aflägsna sig. Några minuter senare får fängelseläkaren underrättelse om, att B. går omkr. i cellen, naken och med erectio penis. Då läkaren kommer tillstädes, är B. fortfarande naken. Svarar ej på tilltal. Vid ett rasslande ljud i cellfönstret, vänder sig B. mot detta och ropar med kraftig stämma »hallå». Denna manöver upprepas två gånger med korta mellanrum. Den $^{19}/_6$ var B. mycket nedstämd, svarar redigt på tal. Den $^{20}/_6$ erinrade han sig afklädningen (den $^{18}/_6$) och att han ropat hallå, men säger sig ej veta orsaken till sitt beteende. Den $^{21}/_6$ begärde B. att få tala med läkaren, till hvilken han framställde frågan. »Tror doktorn, att en människa genom dekokter eller på annat sätt kan få en sådan makt öfver en annan människa, att han kan få denna att göra hvad han vill?» B. upplyser vidare, att han har fiender, som han förvärfvat under den tid han deltog i politiska och sociala rörelser (på 90-talet); deras namn vill han ej nämna. Tror, att fienderna på något sätt fått makt med honom, så att de fått honom att göra detta våldtäktsförsök, hvilket han är öfvertygad om, att han under vanliga förhållanden ej skulle kunna begå. Den $^{29}/_6$ trodde B. fortfarande, att hans brott åstadkommits genom fiendernas inflytande.

B. har upplyst, att han periodvis, ofta under flera veckor känt sig »mycket upprymd», »fri och lätt» till sinnes, så att hans kamrater vid dylika tillfällen sagt, att nu har B. allt fått sig ett par glas, oaktadt han varit fullständigt nykter.

I midten af juli kvarstodo B:s föreställningar om fiendernas i
verkan; han framhöll dock möjligheten, att en del däraf är inbillning
från hans sida. Att fienderna direkt förorsakat brottet, trodde han
längre. Sinnesvillor ha under fängelsevistelsen ej kunnat påvisas.

De närmaste dagarna före den $^{21}/_{7}$ var B:s sinnesstämning ty
ligen gladare och friare. Ansiktsuttrycket stundom leende. Han u
vecklade nu gärna och tämligen ordrikt sina sociala och religiös
åsikter.

T. f. andre stadsläkarens den $^{21}/_{7}$ afgifna utlåtande innehålle
att B. vid den åtalade gärningens begående af sinnessjukdom var
beröfvad förståndets bruk.

K. Med. Styrelsens utlåtande, af den $^{10}/_{8}$ 1906, säger, att d
med sannolikhet kan antagas, att B. vid det åtalade brottets begåend
lidit af sinnessjukdom och sålunda varit beröfvad förståndets bruk.

Enligt muntligt meddelande från t. f. andre stadsläkaren till u
derläkaren vid Katarina sjukhus hade B. i slutet af juli »ett depre
sionsanfall med försyndelseidéer och självfanklagelser om tidelag». Til
ståndet varade endast ett par dagar. Därefter visade B. under viste
sen i rannsakningsfängelset inga psykiska symptom. Frigafs den
1906. Omkr. den $^{3}/_{9}$ började B. emellertid åter känna sig orolig o
nedstämd.

Den $^{5}/_{9}$ 1906 infann sig B. å Katarina sjukhus och anhöll att blif
intagen, enär han kände sig sjuk.

Intogs den $^{6}/_{9}$ på remiss af Öfverståthållarämbetet med stöd
läkarebetyg af d:r H. Gahn om sinnessjukdom och trängande behof
vård å hospital. I status præsens vid inkomsten är antecknadt: »Pa
ligger tyst och stilla, ser framför sig med ett dystert, hopplöst uttryc
gör intryck af den djupaste förtviflan. Vid tilltal ser han skyggt
den talande, tyckes uppfatta fullt redigt hvad som säges, svarar f
ordigt och något frånvarande. Fullt orienterad. Han säger sig h
gjort så förfärligt ondt, att han ingen förlåtelse har att vänta, ha
tycker, att allt ser så märkvärdigt och förändradt ut, människorna o
hela omgifningen, han kan därför ej tro annat, än att hela värld
snart skall förgås. Förnekar sinnesvillor. Inre organ utan anmärk
ning. Pup. med reaktion; patellarreflexer af vanlig styrka.» Vi
samtal den $^{8}/_{9}$ redogör B. villigt och under uttryck af djup ånger fö
omständigheterna vid sedlighetsbrottets begående. B:s framställnin
öfverensstämmer i hufvudsak med den ofvan lämnade. Emellerti
upplyser B., att han omedelbart före brottets begående legat och sofv
i det fria ute på Djurgården. Då han vaknade, hade han stigit u
för att kasta vatten. Han hade då fått syn på de båda flickorna,
hvilka han igenkände den äldsta, och vid åsynen af dem hade impuls
till dådet plötsligt kommit öfver honom.

Den $^{12}/_{9}$ var B. mindre nedstämd; sade själf, att de tunga ta
karna hölle på att ge vika. Den $^{22}/_{9}$ är antecknadt: »Uppe och a
betar; ser ganska glad ut, när man talar med honom», samt den $^{15}/_{1}$
»Säger, att han känner sig frisk, hoppas att snart få komma ut t
sitt arbete. Rask och duglig i sitt arbete, sysselsätter sig med snic
ring och hvarjehanda handräckning.» Vid retrospekt den $^{28}/_{12}$ 06 vis
sig B. fortfarande vara symtomfri. Han lämnar en redig och i kontrolle
bara delar korrekt framställning af sina upplefvelser, säger sig emelle
tid ej komma ihåg vissa detaljer. Att han under början af sin vistels
i rannsakningsfängelset vid ett tillfälle gick naken i cellen, säger ha
sig minnas, däremot ej, att han härunder hade erektion; ej heller a
han sagt, att hans ovänner ingifvit honom tanken att begå sedlighet
förbrytelsen. Vidare påstår han sig ej heller veta af, att han vid e
tillfälle under fängelsevistelsen under några dagar var upprymd.

B. anser, att han vid utskrifningen ur fängelset den 1/9 06 var fullt frisk, och att han sedan den 22/9 s. å. alltjämt varit frisk. F. n. (januari 07) erbjuder B. ej heller några symtom af sinnessjukdom.

Ofvanstående i korthet relaterade fall är af synnerligen stort intresse, såväl psykiatriskt som rättsmedicinskt. I betraktande af ämnet för denna uppsats skall jag emellertid uppehålla mig endast vid de rättsmedicinska reflexioner, hvartill det synes mig gifva anledning.

Beträffande t. f. andre stadsläkarens undersökning af den tilltalade och hans utlåtande öfver dennes sinnesbeskaffenhet torde inga berättigade anmärkningar kunna framställas. (Snarare kunde man ha anledning att något förvånas öfver Kungl. Medicinalstyrelsens tämligen onödiga försiktighet att i sitt utlåtande förklara, att B. vid den åtalade gärningens begående »*sannolikt* af sinnessjukdom varit beröfvad förståndets bruk»; någon anledning till tvekan förefinnes i detta fall icke). Att jag anfört fallet beror sålunda icke på utlåtandets art utan på den behandling fallet rönt efter det t. f. andre stadsläkarens och Kungl. Medicinalstyrelsens utlåtanden afgifvits, och Rådstufvurättens dom fallit. Såsom af ofvanstående redogörelse för fallet framgår, *frigafs* nämligen B. redan den 1/9 1906, trots det att brottets natur, omständigheterna, hvarunder det begåtts, och förloppet af B:s sinnessjukdom bort leda till den konklusionen, att B. i betraktande af ovissheten, huruvida han vore till full psykisk hälsa återställd, vore att anse såsom möjligen samhällsvådlig, och att internering å sinnessjukanstalt för noggrannare utrönande af hans psykiska hälsotillstånd resp. samhällsvådlighet följaktligen vore oundgänglig. T. f. andre stadsläkaren har personligen meddelat mig, att han till fullo varit medveten om risken af att utan vidare släppa B., men att han det oaktadt ansett sig tvungen härtill af rent formella skäl.

I hospitalsstadgan göres nämligen beträffande för brott tilltalad men af Kungl. Medicinalstyrelsen otillräknelig förklarad person intet undantag från föreskriften i samma stadgas § 29, att för intagning å hospital af sinnessjuk person erfordras »legitimerad, vid hospitalet i fråga ej anställd läkares intyg, affattadt i enlighet med anvisningarna i bilagan A. vid denna stadga och grundadt å undersökning, som verkställts inom en månad före ansökningens ingifvande», utan föreskrifver direkt i § 30, att ansökan om hospitalsvård för dylik icke straffbar person skall åtföljas af Bil. A.

Då nu domstolsutslaget föll först någon af de sista dagarna i augusti, men B. ej sedan slutet af juli månad, således ej på mer än

en månad företett några symptom af sinnessjukdom, ansåg sig t. f andre stadsläkaren icke i stånd att vid tidpunkten ifråga i en Bil. A på heder och samvete intyga, att B. vore sinnessjuk och i be hof af vård å hospital. T. f. andre stadsläkaren hade ej heller rättighet att kvarhålla B. i ransakningsfängelset för fortsatt ob servation. Han ansåg sig sålunda nödgad att trots lifliga be tänkligheter släppa B. Som i redogörelsen för fallet anförts infann sig B. självmant å Katarina sjukhus 5 dagar efter fri gifningen och anhöll att få bli intagen, då han åter kände sig sinnessjuk. Beviset för det *realiter* oriktiga i t. f. andra stads läkarens åtgärd inställde sig sålunda med en nästan experimen tell precision.

Jag inser emellertid tillfullo, i hvilket svårt dilemma han befann sig, och klandrar honom ingalunda för hans val, ty *formaliter* kan det åtminstone starkt ifrågasättas, huruvida någon annan lösning af frågan varit möjlig.

Det intressanta rättsmedicinska problem, som döljer sig bakom den formella svårigheten i behandlandet af fallet B. är nämligen följande:

Kan ett intyg om sinnessjukdom enligt Bil. A., utfärdadt öfver en person, som under den närmast föregående tiden lidit af sinnessjukdom, hvars förlopp kännetecknats af längre eller kortare sjukdomstillstånd åtskilda af kortvariga symtomfria intervall, vid en tidpunkt, då personen ifråga varit symptomfri endast en kortare tid (4—8 veckor), anses giltigt för intagning å hospital, då det är frågan om en person, hvilken under ett sjukdomstillstånd visat sig vara samhällsvådlig?

Tänker man på det omvända fallet: en hospitalsläkares ställning till en anhållan om utskrifning, framställd af en å anstalten vårdad sinnessjuk, som ifråga om sjukdomens art och förlopp, tidpunkten för anhållans framställande samt samhällsvådligheten erbjöde precis samma karakteristik som det nyssnämnda, är svaret lätt: ingen hospitalsläkare med någon erfarenhet skulle våga taga på sitt ansvar att utskrifva en dylik pat. efter så kort tid som 1 månads symptomfrihet.

Till sitt väsen äro ofvanstående båda problem identiska såväl från *psykiatrisk* som från *rättslig* synpunkt.

Den *psykiatriska* kärnan är nämligen i båda problemen en och densamma: är det under ofvan anförda omständigheter möjligt att afgöra, om symptomfrihet är lika med hälsa eller latent sjukdom (d. v. s. en pågående sjukdomsprocess, där symptomkurvorna — den intensiva och extensiva — för tillfället nått abscissan).

Den *rättsliga* kärnan är likaledes i båda fallen densamma: ty en frihetsförlust under en viss tid är en lika stor rättsför-

lust, vare sig den inträffar utan föregående dylik frihetsförlust (internering) eller efter en sådan (kvarhållning af förut internerad).

Huru kommer det sig då, att af dessa två problem, som i grunden endast äro ett, det enas lösning faller af sig själf, under det att det andra är åtminstone mycket svårlösligt? Jo, orsaken är helt enkelt den, att i det senare fallet vederbörande läkare af en skrifven lagtext åläggas att vid en gifven tidpunkt besvara en fråga (det ofvan formulerade psykiatriska problemet), som vid samma tidpunkt faktiskt icke kan besvaras, under det att i förra fallet läkaren, som *icke* är af lagen ålagd att vid en gifven tidpunkt besvara frågan, inseende, att frågan *för tillfället* icke kan besvaras, underlåter att handla, till dess erfarenheten i form af fortsatt observation förhjälpt honom till det sannolikt riktiga svaret.[1])

Af jämförelsen mellan ofvanstående båda »fall», hvaraf det förstnämnda är kalkeradt på ett konkret rättsfall (B.), och det andra är så litet konstrueradt, att det torde ligga inom de flesta erfarnare hospitalsläkares personliga erfarenhet, kan man, för visso utan att med fog beskyllas för oberättigad generaliseringstendens, såsom från ett paradigma afläsa en generellare erfarenhet rörande den juridiska formens och den juridiska frågeställningens inflytande på lösandet af medicinska spörsmål, nämligen *att detta inflytande oftast verkar försvårande, förvirrande och mången gång omöjliggörande en riktig, hoc est förnuftig lösning af dylika spörsmål.*

För att nu återgå till t. f. andre stadsläkarens sätt att lösa den rättsmedicinska uppgift, som var honom förelagd, törs jag ej med säkerhet afgöra, huruvida den *formellt riktigt* kunnat lösas på annat sätt. Emellertid vill jag tillägga, att jag själf ej skulle tvekat att skrifva en Bil. A. angående den tilltalade, dels emedan anamnesen (tre anfall under 2 månader) berättigade till slutsatsen, att en viss grad af sannolikhet förelåg, att B:s tillstånd var en intervallär symtomfrihet, dels på grund af det faktum, att B. under sjukdomen visat sig samhällsvådlig. Då nu B:s hälsa var åtminstone tvifvelaktig, måste ovillkorligen samhällsskyddssynpunkten realiter gå i första rummet. Ty det borde enligt min mening vara ett praktiskt postulat, att vid hvarje konkurrens emellan tungt vägande reala

---

[1]) Att man under ofvan framställda omständigheter, d. v. s. i fall af oregelbundet förlöpande, *recidiverande* sinnessjukdom, ej kan med någon sannolikhet afgöra, huruvida en sedan endast några veckor bestående symptomfrihet är liktydig med hälsa eller icke, torde nämligen vara obestridligt. Helt annorlunda ställer sig saken, om det är fråga om en psykos med regelbundet *periodiskt* förlopp.

skäl och endast formella, de reala måste sättas i främsta rum met, äfven om man för detta ändamål måste pressa den juridi ska formen. Är denna så snäf, att den icke låter tillräcklig pressa sig, och uppstår fördenskull reel skada — *då är tide inne att ändra formen.*

Skulle det sålunda beträffande fallet B. förhålla sig så att det med fullt lagligt tillämpande af gällande bestämmelse icke skulle varit möjligt att få B. internerad å hospital, *då visa detta fall på det mest slående sätt olämpligheten af bestämmelsen § 30 angående Bil. A. för otillräknelig förklarade sinnessjuka.*

För öfrigt visar fallet också olämpligheten i bestämme serna, att de vidare åtgärderna rörande otillräkneligförklarad öfverlämnas åt de administrativa myndigheterna öfverståthålla ämbetet i Stockholm och Kungl. befhd i landsorten, hvarigenom det i många fall ytterst vanskliga afgörandet, huru med dylik personer bör förfaras, lägges i händerna på fängelseläkare, son att döma af den rättspsykiatriska sakkunskap eller brist p sakkunskap, deras utlåtanden röja, måste anses vara inkom petenta att afgöra så svåra och viktiga rättspsykiatrisk frågor.

Det mest ändamålsenliga och konsekventa vore enligt mi mening, att samma myndighet, som i sista instans har i si hand att afgöra, huruvida straffuteslutningsgrunder föreligg eller icke, d. v. s. medicinalstyrelsen, också i de fall, där de tilltalade förklarats sakna förståndets bruk, ägde att yttr sig angående hans samhällsvådlighet samt att också, i fal sådan befunnes föreligga, vidtaga de åtgärder, som kunde finna lämpliga för den otillräknelig förklarades ytterligare behandling

Af ofvan anförda fall och de reflexioner, det gifvit anlednin till, torde med tillräcklig tydlighet framgå, att »t. f. fängelse läkares» optimistiska uppfattning, att »någon samhällsfara all icke torde föreligga» i bristande sakkunskap hos fängelseläkarne då ju medicinalstyrelsen genomläser och rättar deras scripta lider af den afsevärda bristen att alls icke öfverensstämma med faktiska förhållanden.

Till sist vill jag, innan jag lämnar fallet B., ej underlåt att framhålla, att dess framdragande i detta sammanhang e skett för att understryka bristande sakkunskap hos den läkare som handhaft detsamma, utan på grund af fallets stora in tresse samt i syfte att visa, hvilka delikata, praktiskt tage alldeles okontrollerbara och till sina följder alldeles icke sam hällsofarliga uppgifter en fängelseläkare kan erhålla.

På tal om fängelseläkarnas rättspsykiatriska sakkunskap har jag vid flera tillfällen hört framhållas, att frågan om rättspsykiatrisk sakkunskap öfverhufvud taget är något vansklig, enär omständigheter förekommit, som visa, att det mången gång torde vara klent beställdt med sakkunskapen af denna art äfven hos hospitalsläkarna. Med anledning häraf vill jag framhålla, att psykiatri och rättspsykiatri ju ingalunda äro identiska kunskapsområden, och att en person mycket väl kan tänkas vara en duktig psykiater men en klen rättspsykiater. Sistnämnda sats kan naturligtvis ej omvändas, ty grundliga insikter i psykiatri äro *en* af förutsättningarna för rättspsykiatrisk sakkunskap, men också endast en. Ingen läkare har sålunda rättighet att på grund af *endast* så och så många månaders eller års tjänstgöring å hospital åt sig söka vindicera egenskapen att vara sakkunnig i rättspsykiatri. Förutsättningarna för en dylik sakkunskap äro nämligen äfven grundliga insikter i *normal och patologisk psykologi*, samt i *alla de kunskapsområden, som ha till kunskapsföremål brottslingen, brottet och samhällets reaktion mot detsamma.* Fordringarna äro icke små, det medgifves gärna, men en afprutning är likafullt omöjlig. Att dessa fordringar, under de nuvarande förhållandena rörande fängelseläkarnas anställning, icke kunna tänkas på allvar uppställda såsom kompetensvillkor för dessa läkare, och *att f. n. öfverhufvudtaget inga som helst speciella kompetensvillkor finnas,* bevisar åtminstone inte, att nämnda fordringar äro uppfyllda. *Den läkare, som icke uppfyller dessa fordringar, är också fortfarande icke-sakkunnig i rättspsykiatri.*

Beträffande »t. f. fängelseläkares» indignation, öfver att jag lämnat utlåtande öfver kollegers kompetens utan att ha fått »åläggande» att yttra mig, vill jag framhålla, att jag på intet sätt delar »t. f. fängelseläkares» kvietistiska uppfattning, att man bör uppskjuta sin kritik af sociala missförhållanden, till dess man af »vederbörande myndighet» eller kanske ännu hellre, af de personer, klandret gäller, fått i uppdrag att yttra sig. Jag fruktar, att väntetiden skulle bli något väl lång. Till sist vill jag betona, att mitt omdöme om fängelseläkarnas rättspsykiatriska skicklighet alldeles icke är framsprunget ur någon som helst lust att klandra kolleger utan endast ur den öfvertygelsen, att en rationel och på den aktuella forskningens resultat grundad, rättspsykiatrisk och kriminalpolitisk, uppfattning hos fängelseläkarna är ett af de viktigaste medlen för att nå ett mål, som i högre grad än de flesta andra ting ligger mig om hjärtat, nämligen *en ändamålsenlig och förnuftig behandling af brottsliga individer, så väl normala som undermåliga och sinnessjuka, samt en verksam profylax mot brott.*

(Insändt).

Provinsialläkarnes pensionsfråga.

I.

Då det i det nu till riksdagen inlämnade pensionsförslaget heter »Rätt att komma i åtnjutande af helpension inträder — — — c) fö provinsialläkare vid 62 lefnads- och 27 tjänsteår», måste man väl tyda detta efter ordalydelsen, d. v. s. att i tjänsteåren inräknas såväl de år man varit extra provinsial-, biträdande provinsial- eller stadsläkare, som provinsialläkaråren. Och detta så mycket mera som ju statskontore särskildt anmärker: »— utan att återupptaga den för närvarande gällande bestämmelsen, att af tjänsteåren 20 år böra vara tillbragta som pro vinsialläkare.» I händelse af tvist om saken kommer ordalydelsen at vara afgörande vid ett domslut, trots hvilken mening än afsetts, då lagen stiftades.

Är denna min uppfattning, såsom jag vill hoppas, riktig, så få v ju den lyckligaste och rättvisaste lösningen af pensionsfrågan. Ty pensionen blir då oberoende af den stockning, som tidvis äger rum befordringen till provinsialläkare genom att såsom på 1880-talet sto rusning ibland sker till läkarebanan. Och denna lösning är så mycke rättvisare, som t. ex. e. provinsialläkarne faktiskt fullgöra en provinsial läkares skyldigheter till staten.

Och då det nu står rätt och slätt *tjänsteår* i förslaget, så måste väl e. provinsialläkarnes (bitr. prov.-läkarnes och stadsläkarnes) tjänsteå få medräknas, särdeles som det ju är Kungl. Maj:t, som beviljar äfven dessa tjänsteår, hvilka sålunda också kunna i viss mening vara »stats tjänstår».

Kanske det därför är bäst att ej genom att röra i saken väcka den björn, som sofver. Man kunde därigenom riskera att få de klara orden »27 tjänsteår» utbytta mot »27 år som provinsialläkare».

Skulle »H:s fullkomligt tillförlitliga håll» däremot ha absolut rätt så att med dessa 27 tjänsteår menas provinsialläkar-tjänsteår, då är sanning vår ställning förtviflad. Då skulle jag, som nu är 49 år och väl ej har utsikt att bli provinsialläkare på ännu ett par år, ej bl pensionsmässig förr än vid omkring 78 års ålder. Då böra vi i san ning försöka få alla järn i elden för att förhindra en dylik olycks bringande lösning af frågan. Enda utvägen är väl i så fall nu at vädja till våra kolleger bland riksdagsmännen. Vi få väl bedja den ha vår sak i åtanke, i händelse frågan skulle snedvridas. Kanske bäs provinsialläkareföreningens styrelse toge sig saken an, toge reda på huru saken förhåller sig, och om det »fullkomligt tillförlitliga hållet har rätt, snarast möjligt vidta anordningar för farans afvärjande.

Agn.

II.

»H:s» insändare beträffande ofvanstående fråga n:o 11 denna tid ning kommer ej en dag för tidigt. Att ytterligare spilla ord på de bakvända i att provinsialläkaren, som ju vanligen har sin med mång besvärliga resor förenade verksamhet förlagd till landet, skall tvinga kvarstå i tjänsten till ungefär fyllda 70 år och däröfver, då han natur ligen ej kan tillfredsställa allmänhetens kraf på godt arbete, är onödigt

Då väl pensionskommitténs arbete får anses tillkommet efter et noggrant öfvervägande af faktiska förhållanden, får man anta, att des afsikt varit att så småningom befria pensionsinrättningen från pensio närer af provinsialläkarnes klass, såvida man ej får förutsätta, at

kommittén tänkt sig, det i de 27 eller 30 tjänsteåren få medräknas de år, man förvärfvat sig såsom extra provinsialläkare eller stadsläkare. Så lär enligt »H.» emellertid ej vara förhållandet, utan böra alla åren vara tillkomne i statstjänst. I sanning sura att förvärfva efter fyllda 45 år, den ålder, då under nuvarande förhållanden gemenligen den till pensionsberäkning berättigande ordinarie tjänsten vinnes.

Möjligt är ju, att riksdagen finner någon utväg att korrigera kommitténs för vårt vidkommande ogynnsamma förslag, men lika möjligt är ju, att riksdagen godkänner det. Vi böra, som »H» framhåller, under sådana omständigheter ej sitta med armarne i kors, utan i god tid börja arbeta för vårt framtida väl.

Till de förslag »H.» framställt och som jag med nöje underskrifver, skulle jag vilja lägga det, att pressen bör intresseras för vår sak. Med tanke på den gynnsamma behandling extra provinsialläkarnes petition beträffande de ominösa 5 tjänsteåren på sin tid fick i en del af pressen, är det ju att vänta, det den här föreliggande frågan skulle behandlas ännu gynnsammare, eftersom den, löst i enlighet med kommitténs förslag, skulle bereda plats för en uppenbar orättvisa. En gynnsam allmän opinion för vår pensionsfrågas lösning i enlighet med rättvisans fordringar skulle nog vara oss till nytta.

Hoppas provinsialläkareföreningens styrelse tar frågan under öfvervägande och gör det snart.

Provinsialläkare.

III.

Skulle ej någon af läkare-riksdagsmännen kunna förmås att, i sammanhang med behandlingen af regeringens proposition om ändrad pensionslagstiftning, motionera om att skillnaden emellan tjänsteår och pensionsår bortfaller i enlighet med »extra prov.-läkares» förslag? Kanske en massepetition skulle kunna uträtta något?

Extra prov.-läkare II.

IV.

Ber härmed om svar i Eder tidning på följande fråga, i fall det låter sig göra:

Skall enl. det för riksdagen framlagda pensionsförslaget provinsialläkare, som uppnått 62 år och varit i tjänst minst 10 år, blifva berättigad till **afkortad** pension, och i så fall huru stor i förhållande till tjänstetiden.

S. T.

I anledning af ofvanstående fyra insändare får redaktionen meddela dels utdrag ur statsutskottets förslag till lag angående civila tjänstinnehafvares rätt till pension, dels att med »tjänstår» här nedan afses tjänstår *i statens tjänst*[1]), hvaremot intet föreskrifvits om antalet år tillbragta såsom provinsialläkare.

Ur statsutskottets förslag till pensionslag:

— — — — — — — — — — — — — — — — — —

§ 3. Såsom underlag för bestämmande af pensionsbelopp skall, där ej särskildt pensionsunderlag blifvit i lönestaten fastställdt, tjäna:

---

[1]) Tjänstår för extra prov.-läkare, stadsläkare m. fl. medräknas alltså icke, men däremot tjänstår såsom militär-, järnvägs- och fängelseläkare.

a) för tjänst, med hvilken jämte lön tjänstgöringspenningar eller ortstillägg äro förenade, hela lönen;

b) för annan tjänst, två tredjedelar af lönen *(jämför nedan § 18)*.

§ 4. Pension är till sitt belopp antingen hel eller afkortad.

§ 5. *Rätt* att komma i åtnjutande af *hel* pension inträder — —

c) för provinsialläkare: vid sextiotvå lefnads- och tjugosju tjänsteår;

§ 6. *Skyldighet* att från tjänsten afgå inträder:

a) för innehafvare af domarämbete — — — — —

b) för annan tjänstinnehafvare vid den i § 5 stadgade *lefnadsålder*, Konungen — — — obetaget, att låta med afskedet anstå, därest och så länge tjänstinnehafvaren pröfvas kunna i tjänsten på ett tillfredsställande sätt gagna det allmänna, dock *icke* i något fall *längre än till fyllda sjuttio år;*

c) för tjänstinnehafvare, som icke uppnått den i § 5 stadgade lefnadsålder, där han, efter att under fem på hvarandra följande år i följd af sjukdom, vanförhet eller lyte varit ur stånd att tjänstgöra, finnes vara för framtiden till tjänstgöring oförmögen;

d) för tjänstinnehafvare, som träffats af olycksfall i tjänsten, där olycksfallet finnes för framtiden medföra oförmåga till tjänstgöring.

Befinnes tjänstinnehafvare vara af sjukdom eller minskad arbetsförmåga urståndsatt att på ett tillfredsställande sätt fullgöra sina tjänsteåligganden, och har han tillika — — där enligt § 5 rätt till hel pension inträder — — — — vid sextiotvå år, uppnått en lefnadsålder af minst sextio år — — — äge Konungen, uppå därom af vederbörande myndighet gjord framställning, förklara sådan tjänstinnehafvare skyldig att från tjänsten afgå.

§ 7. Vid afgång från tjänst af anledning, som i § 6 d sägs, utgår hel pension med enahanda belopp, som det vid tiden för olycksfallet för tjänstinnehafvaren gällande pensionsunderlag. — Har tjänstinnehafvare, som afgår på grund af någon af de öfriga i § 6 intagna bestämmelser, uppnått det i § 5 för rätt till hel pension stadgade antal tjänstår, utgår till tjänstinnehafvare hel pension; i annat fall vare han, därest tjänstårens antal icke understiger tio, berättigad erhålla pension till *afkortadt* belopp i förhållande till det mindre antalet tjänstår *(alltså, om prov.-läk. vid 62 lefnadsår har 17 tjänstår i statens tjänst, erhåller han $^{17}/_{27}$ af hel pension; Red:ns anm.)*; dock att vid afgång från tjänst af anledning som i § 6 c sägs, pensionen icke i något fall må understiga sjuttiofem procent af hel pension. Tjänstinnehafvare, som vid uppnåendet af den i 5 § stadgade lefnadsålder icke kan räkna tio tjänstår och alltså icke då är berättigad till erhållande af pension, må icke heller sedermera komma i åtnjutande af sådan, äfven om han på grund af stadgandet i 6 § b tillåtes att kvarstå i tjänsten efter nämnda lefnadsålders inträde.

§ 18. — — — — c) för provinsialläkare — — — skall pensionsunderlaget, intill dess ny lönestat må varda fastställd, utgöra det belopp, som före lagens trädande i kraft blifvit såsom pension — — — bestämd; — — —

Redaktionen måste på det lifligaste beklaga, att ingen medlem af provinsialläkarkåren tidigare bragt denna viktiga fråga på tal. Så snart H's insändare (Läkartidningen n:r 11, sid. 172) i början af mars inkom till red., satte vi oss i förbindelse med ledamöter af statsutskottet och erforo då, att behandlingen af pensionslagen redan var slutförd och utlåtandet redan justeradt. Hade någon af läkarna-riksdagsmännen

blifvit påstött i tid — och redan i januari meddelade dagspressen det kungl. lagförslaget om civilpension — så hade ju motion i frågan kunnat väckas och komma under statsutskottets behandling. Nu torde intet annat återstå än att vid frågans afgörande den 6 april hoppas på *afslag* å såväl Kungl. Maj:ts som utskottets förslag i hvad det rör provinsialläkarnas pensionsförhållanden.

Insändarna i n:r 2 och n:r 5 af denna årgång hafva alls icke vidrört det *nu* föreliggande pensioneringsförslaget. De fyra insändarne här ofvan ha inkommit senare än den nyss berörda af H.

Red.

Meddelande från Kungl. Medicinalstyrelsen angående rekvisition af vaccin.

Kungl. Medicinalstyrelsen får härmed tillkännagifva, att vaccin under innevarande år tillhandahålles vaccinatörer, kommuner och allmänheten enligt följande grunder.

1. *Vaccinationsföreståndare* eller *af kommun anställda vaccinatörer* äga att *för vaccinationens påbörjande inom kommunerna* rekvirera animal eller humaniserad vaccin, hvilken i erforderlig mängd (för hvarje kommun 2 à 3 kapillärrör animal eller 1 à 2 glas humaniserad vaccin) *kostnadsfritt* tillhandahålles genom vederbörande vaccindepå eller af Medicinalstyrelsens vaccinationskontor. Vaccindepåföreståndare i landsorten äger att för utdelning *till vaccinationens påbörjande inom kommunerna* från Medicinalstyrelsens vaccinationskontor rekvirera erforderlig mängd animal vaccin, men bör fortfarande ombesörja, att humaniserad vaccin finnes att tillgå för dem, som föredraga detta slag af vaccin.

2. Dessutom *försäljes* animal vaccin till ett pris, som för innevarande år bestämts till 60 öre för kapillärrör och 6 kronor för flaska, till personer, som icke innehafva anställning vid den allmänna vaccinationen, såväl läkare som enskilda vaccinatörer och enskilda personer. Medicinalstyrelsen har uppdragit åt innehafvaren af apoteket Korpen härstädes att till ofvan nämnda pris till allmänheten försälja vaccin såväl inom Stockholm som i landsorten, i hvilket senare fall vaccinen försändes med allmänna posten, belagd med postförskott motsvarande dess pris jämte porto, postförskottsafgift och skälig ersättning för emballage. Rekvisitioner adresseras: Apoteket Korpen, *Stockholm 2.*

3. Där *kommun* önskar använda *animal vaccin för den allmänna vaccinationen inom kommunen,* bör sådan rekvireras från Medicinalstyrelsens vaccinationskontor, *Stockholm 2.* Rekvirerad vaccin sändes med allmänna posten portofritt, belagd med postförskott. Priset för flaska är då 3 kronor och för kapillärrör, om minst 10 rekvireras på en gång, 30 öre, i annat fall är priset per rör detsamma som enligt punkt 2. Sådan rekvisition skall vara utställd af hälsovårds- eller kommunalnämnd eller, enligt vederbörande nämnds uppdrag, af ordföranden eller vaccinationsföreståndaren eller den af kommunen anställde vaccinatören och tydligt angifva, att rekvisitionen göres för kommunens räkning.

Vid all *rekvisition* af animal vaccin torde iakttagas:

att uttryckligen bör angifvas, huru många kapillärrör och flaskor önskas (ett kapillärrör är tillräckligt för minst 3 och en flaska för minst 40 barn);

att, om ej antalet önskade kapillärrör eller flaskor angifves, den rekvirerande i stället bör uppgifva antalet barn, som skola vaccineras;

att alltid *fullständig* postadress lämnas;

att, där rekvisitionen afser att erhålla vaccinen *kostnadsfritt*, i rekvisitionen uttryckligen angifves, att vaccinen skall användas för vaccinationens *påbörjande* samt att den rekvirerande enligt punkt 1 är berättigad för sådant ändamål erhålla vaccin; samt

att, där rekvisitionen afser att erhålla vaccin *för nedsatt pris*, i rekvisitionen uttryckligen bör angifvas, att rekvisitionen sker för kommunens räkning för *allmän* vaccination med animal vaccin samt att den rekvirerande är enligt punkt 3 berättigad för kommunens räkning utfärda sådan rekvisition.

Med afseende på *behandling* af vaccin iakttages, att den bör så snart som möjligt efter ankomsten med posten utlösas och därefter förvaras på svalt ställe.

Med hänsyn till *vaccinens användning* framhålles:

att, sedan en flaska blifvit öppnad, dess innehåll bör förbrukas under närmaste dagar;

att vid vaccinationens utförande det tillvägagående, som af Medicinalstyrelsen rekommenderats i dess Cirkulär den 14 november 1906 angående användandet af animal vaccin, helst bör användas; samt

att för vaccinationen helst bör väljas tiden 1 maj—30 juni och 1 september—31 oktober.

Stockholm den 4 mars 1906.

Kungl. Medicinalstyrelsen.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes; [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
En underläk.-tj. v. Vänersborgs hosp. o. asyls mansafd.[3]) (löneförmåner: 2,500 kr. (+ 1,000 kr. för lic.) jämte fri bostad och kost samt 200 kr. för kostförbättring)	6 april.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Jönköping[3]) (löneförmåner: 1,800 kr. jämte fri bostad och kost eller 600 kr. i kostpenningar)	6 april.
Underläk.-tj:n v. epid.-sjukhuset i Stockholm (sökes hos stadens hälsov.-nämnd)	8 april.
Bat.-läk.-tj:n v. Östgöta trängkår[1]) (nyinrättad; *ånyo* ledigförklarad)	10 april.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Kalmar[3]) (*ånyo* ledigförklarad; löneförmåner: 3,000 kr. jämte fri bostad)	15 april.
En marinläk.-stip.-befattn. (ansökan, ställd till med.-styr:n, inl. hos marinöfverläkaren)	20 april.
Extra prov.-läk.-tj:n i Lima distr. (omfattar Lima och Transtrands socknar af Kopparbergs län med 4,582 invånare den 1 jan. 05; löneförmåner: 3,500 kr. jämte fri bostad; tillträde 22 juni; ansökan, ställd till distr.-styrelsen, adr. komm.-ordf. B. P. Larsson, Limedforsen)	30 april.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Mölndal[1]) (årlig pensionsafgift 500 kr.)	10 april.
Apoteket i Tibble[1])	18 april.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 5 april 1907.

4:e årg. | Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER. | N:o 14.

Innehåll: NILS ENGLUND: Farsotssjukvården på rikets landsbygd. — GEORG SCHULDHEIS: Rättspsykiatriska förbiseenden och misstag. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser.

Farsotssjukvården på rikets landsbygd.[1])

Till Konungen.

Till Eders Kongl. Maj:t dristar sig Älfsborgs läns Läkareförening, hvilken utgöres af de inom Älfsborgs län bosatte läkarne, härmed i Underdånighet ingå med nedanstående framställning rörande en för hela vårt lands befolkning viktig angelägenhet, nämligen farsotssjukvården på rikets landsbygd.

Den offentliga statistiken meddelar, hvilket stort antal dödsfall farsotssjukdomarne årligen inom landet föranleda.

Vi äga grundad anledning antaga, att verkliga antalet dödsfall af farsotssjukdomar är större än hvad de officiella meddelandena uppgifva: dödsorsakerna kunna ingalunda alltid blifva i landsförsamlingarnes dödböcker införda, och, såsom å annat ställe anföres, blifva icke på långt när alla hvarken sjukdoms- eller dödsfall i farsotssjukdomar anmälda eller antecknade såsom farsotsfall.

De officiellt uppgifna dödsfallens antal är emellertid ensamt tillräckligt stort för att visa, hvilken oerhörd förlust landet gör till följd af de anförda sjukdomarnes framfart. Denna förlust är emellertid genom enbart uppgiften på dödsfallen icke till fullo angifven. I vårt dagliga arbete träffa vi läkare ideligen personer, hvilkas hälsa, motståndskraft och arbetsförmåga lidit väsentliga skador just genom farsotssjukdomar. Ännu mera skarpt visar sig farsotssjukdomarnes förödande verkningar vid undersökningar af befolkningen i större utsträckning: så vid undersökning af skolungdom, vid besiktningar af minderåriga vid industriella verk, vid besiktningar af värnpliktige o. s. v. Allestädes träffa vi på invaliditeter och kassationsorsaker i rent häpnadsväckande antal, och för en mycket stor del häraf bära farsotssjukdomarne skulden.

De uppoffringar äro icke obetydliga, hvilka i synnerhet under senare årtionden gjorts för att bereda dräglig tillvaro åt och så långt möjligt är till förvärfsdugliga människor uppfostra och inlära döfstumma blinda, blinda döfstumma m. fl. vanlottade.

Undersökningar, som anställts, hafva med visshet ådagalagt, att.

---

[1] Hithörande bilagor komma i ett följande nummer.

farsotssjukdomar hafva i mer än halfva antalet fall förorsakat t. ex. döfstumheten, och samma förhållande visar sig beträffande blinda döfstumma.

Ett förhållande, som är för staten af särdeles beaktansvärd betydelse, torde i detta samband böra betonas. Dödligheten är numera mångenstädes större på landsbygden än i städerna. För Älfsborgs län ställer sig förhållandet f. n. så, att dödligheten på landsbygden är $^1/_{10}$ procent högre än i städerna.

Härvidlag samverka gifvetvis flera omständigheter. Landsbygden har beträffande allmänna hälsovården stannat allt för mycket efter. En omständighet, som otvifvelaktigt alldeles särskildt påverkar dödlighetsprocenten till det sämre å landsbygden, är det otillfredsställande skick hvarpå farsotssjukvården där är ordnad och hvarigenom allmänna dödligheten både genom direkta dödsfall i farsotssjukdomar och indirekta i deras följdsjukdomar förhöjes. Denna frågas stora betydelse i rent nationalekonomiskt hänseende samt med hänsyn till landets värnkraft anse vi oss icke här behöfva betona särskildt.

En förbättring af allmänna hälsovården å landsbygden innebär onekligen en synnerligen värdefull hjälp mot farsotssjukdomarne, men mot dessa måste likväl dessutom tillgripas alldeles särskilda åtgärder, därest nöjaktigt resultat skall kunna uppnås.

Det vore ej mycket att säga, därest man verkligen måste anse farsotssjukdomarne som ett oundvikligt ondt, som icke kan förebyggas. Sådant är emellertid ingalunda förhållandet: beträffande dessa sjukdomar känner vetenskapen och erfarenheten numera såväl deras orsaker och utbredningssätt som ock medel och åtgärder mot deras utbredning skäligen väl för att kunna högst väsentligt inskränka både morbiditeten och mortaliteten i samt invaliditeter efter desamma.

Härför erfordras emellertid, att de anordningar vidtagas och de hjälpmedel ställas till läkarnes förfogande, hvilka äro alldeles oundgängliga, för att läkarne skola kunna åt de af dem vårdade farsotssjuke ägna den behandling, som den sjukes tillstånd fordrar och som med vetenskap och bepröfvad erfarenhet öfverensstämmer.

Beträffande svåra, icke smittosamma sjukdomar, har på berömvärdt sätt arbetats för att få möjlighet till lämplig sjukvård, genom uppförande af goda lasarett och sjukstugor, dit de sjuke kunna öfverföras.

De icke smittosamt sjuke innebära emellertid icke någon direkt fara för att sjukdomen skall öfvergå på omgifningen.

Gäller det farsotssjuke, så lämnas vi snart sagdt utan hjälp och bistånd. Detta är desto sorgligare och betänkligare, som en hvar farsotssjuk alltid innebär en stor fara för omgifningen: från ett enda sjukdomsfall kan hela orters befolkning nedsmittas och 1,000-tals personers hälsa och lif sättas på spel.

I regel äro farsotssjukdomarne häftiga: insätta hastigt, förlöpa hastigt. *Skyndsam hjälp* är därför framför allt vid dessa sjukdomar nödvändig och är *nödvändigheten af lämplig vård* här desto större, som alla farsotssjukdomarne lätt föranleda invaliditet genom svåra, ofta lömskt insättande och därigenom till en början lätt förbisedda följdsjukdomar.

I närslutna bilaga, A, lämna undertecknade från olika distrikt inom länet genom utdrag ur konceptböckerna skildringar af förhållandena sådana de i verkligheten förefunnits vid sjukbesök.

Därvid hafva icke de svåraste förhållandena särskildt framdragits, utan resor i löpande följd under en längre tidrymd hafva tagits.

Vårt arbete i farsotssjukvården företer ofta så dystra sidor, och blottar sådana hardt när otroligt mörka och sorgliga förhållanden, att vi icke i en till Eders Kungl. Maj:t ställd skrifvelse anse skäligt skildra dem. Det gäller icke för oss att lämna kulturskildringar utan att söka få afhjälpta vissa rådande brister i farsotssjukvården.

Förste provinsialläkarnes numera tryckta årsberättelser lämna från de olika länen i Riket, i sammandrag af provinsialläkarnes årsberättelser, belysande redogörelser för farsotssjukvårdens ställning.

Vi anse oss därför ej här böra ingå i vidlyftigare detaljer, utan drista vi oss i underdånighet blott att i allmänna drag lämna en skildring af sakläget.

Förhållandena torde gestalta sig skäligen enahanda äfven i öfriga län inom Riket.

Här nedan meddelas vanliga förloppet vid utbruten farsot: Ett eller flera barn insjukna i ett hushåll. De klaga till exempel öfver ondt i halsen m. m. Grannar komma tillstädes: »Ja, det är ondt i halsen, dylikt få barn ofta, och det går snart öfver.» »Det är intet att fästa sig vid eller kan göras något för.» Efter någon tid sjukna barn eller någon äldre person i grannskapet. *Dödsfall inträffa.* Först då väckes uppmärksamheten på, att möjligen fara är å färde, så att anmälan göres hos Kommunalnämndens ordförande, hvilken tillkallar läkare i enlighet med Hälsovårdsstadgans § 33 m. 1.

När tjänsteläkaren sålunda slutligen får företaga resa till orten har ofta ett eller flera dödsfall inträffat, och han finner ett mångtal sjukdoms- och smitthärdar i stället för en; den gynnsammaste tiden är försuten; utsikten att hejda sjukdomens utbredning är numera mycket förminskad.

Skyndsam anmälan af sjukdomsfall, som kunna befaras vara smittosamma, utgör ett väsentligt villkor för ett framgångsrikt bekämpande af farsotssjukdomarne. Därest sådan anmälan försummas eller uraktlåtes, kan farsotssjukdom hinna betänkligt utbreda sig, innan några skyddsåtgärder kunna vidtagas.

Emellertid försummas eller helt uraktlåtes mycket ofta denna anmälan.

I hälsovårdsstadgans § 33 mom. 2 föreskrifves visserligen att »hvarje husfader, i hvars hem sjukdom af ifrågavarande beskaffenhet (de i samma § mom. 1 uppräknade) utbrutit, åligger att ofördröjligen därom underrätta Kommunalnämndens ordförande eller prästerskapet.»

Påbudet är i alla afseenden berättigadt och nödvändigt, men uraktlåtenhet att åtlyda detsamma är icke belagd med någon straffpåföljd.

Det synes oss behöfligt, att i Hälsovårds- (och Epidemistadgan) införes bestämmelse om sådan. Hälsovårdsstadgans ofvan anförda § 33 mom. 2 bör fördenskull erhålla ungefär följande tillägg:

Underlåter någon göra sådan anmälan, hvarom här ofvan sagts, vare han förfallen till böter af (5—100 kronor).

Anmälning, som här afses, förutsätter hos befolkningen kännedom om skyldigheten göra densamma samt kunskap om farsotssjukdomarnes igenkänningstecken, men dylik kännedom och kunskap förefinnes icke allmänt.

Inom Älfsborgs län har Konungens Befallningshafvande såväl år 1901 som år 1906 i Konungens Befallningshafvandes Allm. Kungörelser, hvilka utsändts för uppläsande i kyrkorna samt tillställts pastorsäm.

betena, kommunal- och hälsovårdsnämnderna, meddelat upplysningar och uppmaningar rörande farsotssjukvården samt hälsovårds- och epidemistadgarnas kraf i det hänseendet, Bil. B I, äfvensom år 1902 likaledes i Allmänna Kungörelser på samma sätt till delgifning och utdelning meddelat »Råd och upplysningar rörande de vanligast förekommande farsotssjukdomar samt åtgärder mot deras utbredning», Bil. B II, hvilken senare kungörelse sedan på enskildt föranstaltande tryckts separat i c:a 17,000 exemplar och af hufvudsakligen läkarne inköpts och bland befolkningen utdelats. Särskilda små brochyrer om Difteri, Bil. B III, och Skarlakansfeber, Bil. B IV, hafva ock af läkarne inom länet affattats och tryckts samt i 1,000-tals exemplar utdelats, allt i syfte att till så vida folklager som möjligt sprida kännedom om farsotssjukdomarnes igenkänningstecken samt om åtgärder, som böra vidtagas mot deras utbredning. Vi veta, att äfven inom öfriga län åtskilliga läkare förfarit på liknande sätt.

Dessa upplysningar, råd och anvisningar hafva icke varit utan sin goda nytta.

Ett upplysningsarbete af detta slag behöfver vara ständigt pågående och kräfver fördenskull ständiga kostnader, ehuru dessa senare icke behöfva blifva afsevärdt stora.

Till Konungens Befallningshafvandes förfogande hafva icke ställts några medel, som kunna tagas i anspråk för detta syfte mer än möjligen för utfärdande af någon Allm. Kungörelse, och läkarne kunna, trots sin allmänna goda vilja, icke alltid vara benägna att af sina i allmänhet små tillgångar, bekosta ett upplysningsarbete, hvilket närmast borde åligga staten att bekosta och hvilket också vunne jämnare utbredning och större auktoritet därest det genom statens försorg ombesörjdes.

Genom det anförda hafva vi velat påvisa behofvet af *att kunskap om farsotssjukdomarne, deras igenkänningstecken och utbredningssätt samt hvilka åtgärder, som mot deras utbredning böra vidtagas, sprides till befolkningen i rikligaste mått; och anse vi, att kortare brochyrer med sagda innehåll böra på statens bekostnad tillställas hälsovårdsmyndigheter, presterskap, läkare m. fl. att bland allmänheten utdelas.* Utan att vilja på något sätt anföra desamma såsom mönster till innehåll eller form taga vi oss dristigheten hänvisa till de såsom Bilaga B. I. II, III och IV närslutna kungörelser och småskrifter, hufvudsakligast för att antyda, att upplysningar och råd af ifrågavarande art kunna åstadkommas för en förhållandevis ringa kostnad.

I samband härmed må hänvisas till Anweisungen des Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medicinalangelegenheiten zur Ausführung des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, von 28 August 1905, hvilka i Tyskland innevarande år utgifvits och hvaraf 1 ex. bifogas. Bil. B VII.

Har undervisning om farsotssjukdomarne, deras igenkänningstecken m. m. samt om, hvad som vid inträffande sjukdomsfall, hvilka kunna misstänkas vara farsotssjukdom, skall iakttagas, sålunda lämnats befolkningen, så bör icke föreligga anledning till någon tvekan att med ansvarspåföljd belägga tredska eller uraktlåtenhet att åtlyda de gifna föreskrifterna.

Gällande Hälsovårdsstadga föreskrifver i § 33 mom. 1: »På landet skall, då flera personer i samma hus eller by hastigt insjukna eller aflida eller eljest sådant sjukdomsfall yppas, som gifver anledning antaga, att pest, kolera, smittkoppor, fläckfeber, nervfeber, elakartad halssjukdom eller rödsot är under utbrott, kommunalnämndens Ordförande

genast, sedan han fått kunskap härom, antingen skriftligen anmoda vederbörande provinsialläkare eller extra provinsialläkare att besöka orten eller ock anmäla förhållandet hos Konungens Befallningshafvande. Kommunalnämndernas ordförande äro i allmänhet icke ovilliga att ställa sig denna föreskrift till efterrättelse. Dylikt inträffar emellertid en och annan gång. Ordförandebefattningarne byta ej sällan om innehafvare. Hälsovårdsstadgan, så synes det oss läkare, torde i allmänhet höra till de författningar kommunalnämndsordförandena *minst* taga kännedom om, därest dylikt icke alldeles särskildt påkallas. Därtill kommer, att nämnda stagda, efter ofvan anförda åläggande om läkarnes tillkallande föreskrifver: »Vid dylik anmodan eller anmälan skall, med ledning af de utaf Medicinalstyrelsen om nämnda sjukdomar meddelade anvisningar, lämnas upplysning om sjukdomens beskaffenhet. — — —»

Hälsovårdsstadgan torde i regel vara till finnandes, enär den intagits i lagboksupplagorna. Däremot är det ytterst sällsynt, att man hos Kommunalnämndsordförandena kan finna Medicinalstyrelsens ofvan åsyftade anvisningar med anledning af Hälsovårds- och Epidemistadgan.

Sedan mer än 10 år tillbaka finnes desamma icke heller att erhålla genom Kungl. Medicinalstyrelsen, enligt hvad vid gjorda rekvisitioner meddelats.

Genom läkarne hafva visserligen, åtminstone i Älfsborgs län, nämndernas ordförande fått upplysning om farsotssjukdomarnes igenkänningstecken, men detta kan icke i alla fall vara förhållandet (på grund af de täta ombyten af ordförande) och dessutom kunna dylika upplysningar, lämnade af läkarne en och annan gång, af ordföranden lämnas obeaktade och, formelt efter Hälsovårdsstadgans uttryck tolkat, icke hafva samma bindande auktoritet som medicinalstyrelsens anvisningar.

En ny, eventuelt reviderad, upplaga af nämnda Kongl. Medicinalstyrelsens råd och anvisningar med anledning af Hälsovårds- och Epidemistadgarne är fördenskull behöflig.

En och annan kommunalnämnds ordförande har till sin ursäkt anfört, att han icke ser sig i stånd bedöma, eller kan afgöra huruvida anledning finnes befara, om någon af de ifrågavarande farsotssjukdomarne föreligger eller icke, — och ej sällan hör man farhåga uttalas för möjligheten, att ordföranden skulle, därest sådan sjukdom icke förelåge, blifva betalningsskyldig för läkarens resa.

Att nämnda farhågor bero på misstolkning af Hälsovårdsstadgan och de till förklaring af densamma meddelade upplysningar och råd synes klart; farhågorna finnas emellertid, och de taga sig ofta uttryck däruti, att ordförandena, för att undgå risk, hellre vända sig till Konungens Befallningshafvande för att få läkareresa än göra direkt anmälan hos läkaren.

Vi hafva velat fästa uppmärksamhet på förhållandet för beaktande af detsamma vid eventuellt utgifvande af ny upplaga af Medicinalstyrelsens ifrågavarande upplysningar och råd.

Ett allt för sparsamt medgifvande af läkares resor på statens bekostnad för farsotssjukdomar kan, enligt vår erfarenhet, många gånger medföra allvarsamma olägenheter. Såsom ofvan anförts tillkallas tjänsteläkaren i allmänhet först sedan sjukdomen föranledt ett och annat dödsfall eller sedan smittan hunnit rätt vida utbreda sig. Läkaren besöker ej blott det ställe, som i kallelsen angifvits utan jämväl grannställen, till hvilka han, på grund af de upplysningar han inhämtat, kan befara att smittan spridts. Stundom påträffar han å dessa ställen sjukdomsfall, stundom icke, enär sjukdomen ännu ej hunnit

utbryta. Efter några dagar uppträda emellertid spridda sjukdomsfall å de besökta ställena eller i andra hushåll i närheten. Inom kort är en hel farsot i gång. Föreskrifter beträffande de sjukes vård hafva lämnats, likaledes hafva råd och anvisningar och föreskrifter lämnats beträffande åtgärder mot sjukdomens utbredning. Måhända sjuksköterska kunnat skickas till orten och en skolbyggnad anordnats till sjuklokal, med föreskrift att alla insjuknade skola dit öfverföras.

En och annan husfader vägrar sända sina insjuknade barn till sjuklokalen, under förevändning, att »det är ej godt veta, om det är den sjukdomen hans barn hafva» (som de af läkaren anträffade fallen hade), ty läkaren har ej sett dessa, se'n de sjuknade.»

Föreskrifna åtgärder vidtagas icke eller åtminstone icke tillfredsställande; farsoten får pågå, så länge mottagliga finnes.

Den enskilde väntar, att nämnden skall ånyo tillkalla läkare; nämndens ordförande, som framför allt måste hålla kommunens pung åtsnörd, anser, att de enskilde få kosta läkare åt sina sjuke. Den ene skyller på den andre; de sjuke få ligga där och sjukdomen utbreda sig. Öfver sjukdomens utbredning och förlopp får tjänsteläkaren icke alltid kännedom; i annat fall kunde han anse förnyadt läkarebesök till orten behöfligt och på den grund hos Kungl. Maj:ts Befallningshafvande begära förordnande att göra ånyo besök dit. En och annan läkare tvekar måhända begära dylikt förordnande af fruktan att synas sniken efter tjänsteresor.

På grund af dessa nu anförda och jämväl andra orsaker händer det ingalunda sällan, att tjänsteläkaren endast en gång blir tillkallad till orten för farsot. Det har icke sällan inträffat, att en farsot fått pågå 6—8 veckor, ja t. o. m. längre tid, utan att läkare, sedan en tjänsteresa i början gjorts, blifvit tillkallad för att tillse de sjuke och försöka hejda sjukdomens utbredning.

Blifva kommunerna förpliktade bekosta all sjukvård och bestämdare ålagda tillse, att sjukvården, och dit bör väl inräknas läkares föreskrifter och ledning, motsvarar behofvet, kan ju någon förbättring inträda.

Önskvärdt och lämpligt vore likväl, enligt undertecknades förmenande, att tjänsteläkare berättigades göra ej blott *en* resa för att lämna råd och föreskrifter, låt vara skriftliga, utan åtminstone en ytterligare tjänsteresa för att tillse, att vården och föreskrifterna åtlydts och genomförts.

Stora missbruk af sådan frikostighet tro vi icke läkarne skulle försöka sig på. De hafva alltid i de obligatoriska reserapporterna ett ej overksamt hämmande medel mot onödiga resor. Skulle det oaktadt läkareresorna på statens bekostnad i vissa fall blifva något flera, än hittills varit förhållandet, så bör detta hafva öfvervägande nytta med sig för såväl de sjukes vederfående, som för den allmänna hälsovården. En 2:dra resa för att tillse, det föreskrifna åtgärder vidtagits, skulle säkerligen mycket ofta förtaga anledningar till tjänsteresor, hvilka annars sedermera måste göras, därför att farsoten fått sprida sig.

Vi tro dessutom, att om från statens sida litet mera afseende fästes vid farsoterna bland människorna, så inser folket lättare deras betydelse. Nu bagatelliseras mycket ofta t. ex. skarlakansfeber eller difteri bland barnen. Så sker icke, om mjältbrand utbrutit bland boskapen: för mjältbrand får också vederbörande veterinär i regel göra 2:ne resor; inträffa upprepade fall i orten, får han göra flera resor.

Af ofvan anförda skäl anse vi önskvärdt och behöfligt, *att läkares resor för farsotssjukdomar må på statens bekostnad äga rum något oftare*

än hvad hittills varit fallet, på det läkarne måtte blifva i tillfälle att ej blott lämna råd och upplysningar och föreskrifva åtgärder, utan ock att tillse, det råden följts och de föreskrifna åtgärderna vidtagits.

Att *därjämte litet större eftertryck förlänas läkarnes föreskrifter genom en bestämdare formulering af Epidemistadgans § 24 mom. 1,* så att uttrycket: »så vidt möjligt», icke får allt för stor räckvidd, synes behöfligt. Läkarens känsla af ansvar för sina föreskrifter bör vara en ganska god hämsko på, att han icke skall föreskrifva åtgärder, som äro omöjliga. Det länder till föga fromma att ålägga läkaren, att skriftligen lämna föreskrifter, därest dessa helt enkelt kunna ansvarslöst åsidosättas.

Människors hälsa och lif äro mycket ofta beroende af läkarnes åtgärder och föreskrifter, men åt deras föreskrifter för att rädda människors lif och hälsa vågar man icke lämna samma vikt och myndighet, som åt en helt vanlig poliskonstapels muntliga tillsägelse till en stojande ungdomsskara att skiljas åt.

Rörande behöfligheten af bestämdare åligganden för kommunalnämnder med flere, att åtlyda vederbörligen gifna föreskrifter, drista vi att längre fram orda ytterligare.

Under hittillsvarande förhållanden måste i allmänhet de farsotssjuke vårdas i sina hem. *Endast i ett ringa fåtal kommuner finnes särskild farsotssjuklokal.*

Ytterst sällan äro hemmen på landsbygden så inrättade, att en ändamålsenlig *vård* där kan beredas åt farsotssjuke. Äfven om, på ett och annat ställe, enskildt rum kan beredas åt sjuklingar, så är detta sällan tillräckligt afskildt för att pålitlig *isolering* där kan åstadkommas. Därför insjuknar också den ena medlemmen i hushållet efter den andra, och ju flera sjukdomsfall, desto flera smitthärdar. Skulle undantagsvis i enskilda hem tjänliga och afskilda rum kunna åstadkommas, finnes där icke den sjukvårdsutredning, hvilken för farsotssjukes ändamålsenliga vård är nödvändig.

Själfva sjukvården förlagd i hemmen blir därför otillfredsställande och resultatet gifvetvis också mindre godt.

För de insjuknades lämpliga *vård* bör sålunda sjukvården öfverföras från hemmen till särskilda, för dylikt ändamål lämpade sjukvårdslokaler.

Denna åtgärd påkallas ännu mera däraf att, såsom ofvan anförts, de sjukes säkra afskiljande från friska sällan kan åstadkommas i hemmen.

Det vållar också de enskilde stora olägenheter, direkta kostnader och betydande förluster i hindrade förvärf, arbetsförluster, afstängda afsättningsmöjligheter m. m., allt till följd af att hushållet måste afspärras från umgänge o. s. v.

Nödvändigt är emellertid att försöka hejda sjukdomens utbredning genom hushållens isolering, så länge de äro smittade. Föreskriften därom är nödvändig.

Att en fullt betryggande begränsning af sjukdomens utbredning genom smittade hushålls isolering icke på långt när alltid kan åstadkommas säger sig självt. Det låter sig icke göra att totalt afskära förbindelse med smittade hushåll. Svårigheterna härvidlag blifva naturligtvis ökade, därest det hunnit blifva icke blott ett smittadt hushåll utan, som mycket ofta blifvit fallet, många sådana spridda i en ort. Sjukdomen kan då icke begränsas utan mycket stora svårigheter.

Under hittillsvarande förhållanden är det ingalunda att förundra sig öfver, om befolkningen stundom visar sig missmodig och betviflar, att det lönar sig försöka göra något för att häjda sjukdomen: Det har visat sig så ytterligt svårt att uppnå nöjaktigt resultat. Dylik klentrogenhet får man ej sällan höra.

Det tvång, inskränkt förvärfsfrihet m. m., som farsotssjukvårdens bibehållande i hemmen föranleder, bidrager gifvetvis i viss mån äfven det därtill, att anmälningar om sjukdomsfall stundom uteblifva eller åtminstone blifva fördröjda.

För att kunna såväl bereda åt de sjuka lämplig vård som för att kunna förhindra sjukdomarnes utbredning *är det oundgängligen nödvändigt, att farsotssjukvården öfverflyttas från hemmen till särskilda farsotssjukhus eller sjukstugor.*

För detta ändamål kräfves, *att hvarje kommun har tillgång till lämpligt sjukhus* eller *sjukstuga, dit de i farsot insjuknade ofördröjligen kunna öfverföras för att vårdas* och *isoleras.*

Farsotssjukvården är icke blott en sjukvårds- utan jämväl en hälsovårdsangelägenhet af mycket stor räckvidd.

Enligt nådiga förordningen om Landsting tillkommer det Landsting att rådslå och besluta om för länet gemensamma angelägenheter, hvilka afse, bland annat, hälsovård.

Det vore också i flera afseenden lämpligast, att Landstingen toge frågan om farsotssjukvården om hand. En del Landsting, exempelvis Stockholms, Södermanlands och ett par andra läns, hafva så gjort. Många viktiga skäl tala för att i alla län Landstinget öfvertoge den angelägenheten: därigenom blefve utgifterna och äfven åtgärderna jämnare fördelade. Hithörande sjukstugor eller sjukhus kunde då förläggas där de bäst behöfdes, och där de blefve tillgängliga för alla länets innevånare, hvar dessa än insjuknade, utan hinder af sockengräns o. d.; sjukvårdsinrättningarne blefve tvifvelsutan bättre inredda och lämpade för sitt ändamål och skulle följaktligen göra sjukvården bättre, än hvad fallet kan blifva å sjukstuga, som nödtorftigen anordnas af en liten kommun med 150- eller några 100 innevånare.

Undertecknade anse oss icke böra vidare söka utreda, huruvida landstingen eller kommunerna böra lösa den viktiga sjuk- och hälsovårdsfrågan. Vi hafva blott i Underdånighet velat framhålla vår åsikt, att densamma säkerligen blefve jämnast och bäst löst, därest landstingen öfvertoge densamma.

I Eder Kungl. Maj:ts Hälsovårdsstadga för riket af den 25 sept 1874 jämförd med Epidemistadgan af den 19 mars 1875, hvilka stadgar äro senare tillkomna än Landstingsförordningen, har farsotssjukvården öfverlämnats åt kommunerna, och därför utgå vi, i vår vidare framställning, från detta förhållande. Det bör icke ligga något hinder för landsting att öfvertaga kommunernas skyldigheter beträffande farsotssjukvården, och det är ingalunda otroligt, att så komme rätt allmänt att ske, därest det blifver *bestämdt föreskrifvet, att farsotssjukvården skall vara tillfredsställande ordnad.*

Kände de olika kommunerna det alltför betungande att ensamma för sin del ordna farsotssjukvården, eller att bördan blefve oskäligt ojämn, så ha de möjlighet, att genom sina representanter i Landstinget söka förmå detta att utjämna eller helt öfvertaga bördan.

Hälsovårdsstadgan säger i § 32 mom 3: »Kommunalnämnderna böra, hvar inom sin kommun, äfven verka därför, att kommunen har så ställt i afseende å sin allmänna sjukvård, att denna må vid farsots utbrott kunna skyndsamt ordnas och utvidgas eftersom behofvet påkallar». Stadgan har i detta moment tagit formen icke af ett bestämdt påbud utan mera såsom råd eller anvisning, och därför har också, under de 32 år ifrågavarande nådiga stadga varit gällande, momentet

i praktiska lifvet tolkats blott som ett godt råd, hvilket utan ansvarspåföljd kunnat åsidosättas och därför sällan följts.

I § 34 mom. 1 föreskrifves: »När farsot utbrutit, skall hälsovårdseller kommunalnämnd tillse, att sjukvården kommer att så vidt möjligt är motsvara behofvet, för hvilket ändamål kommunen äfven bör, där sådant är nödigt och lämpligen kan ske, ombesörja inrättandet af särskilda sjukhus eller sjukrum.»

Särskilda sjukhus eller sjukrum äro, enligt vår erfarenhet, alltid nödiga, då farsot utbrutit, men att först då farsot utbrutit ombesörja inrättandet af lämpliga sjukhus eller sjukrum angifves af nämnderna i allmänhet »icke möjligt» eller »icke lämpligen kunna ske» på grund af den skyndsamhet, hvarmed åtgärderna då behöfva genomföras. Det har blifvit »icke möjligt» eller »icke lämpligen kunna ske» just därigenom, att kommunalnämnderna icke följt eller ansett sig behöfva följa anmaningen i ofvan anförda § 32 mom. 3 i Hälsovårdsstadgan.

Den lätthet, hvarmed kommunalnämnderna stundom halka öfver sina åligganden beträffande hälsovårdsangelägenheter, belyses bäst genom det sakförhållandet, att nämnderna i sina till provinsialläkarne ingifna årsberättelser ytterst sällan uppgifva sig under gångna året hafva haft några hälsovårds- eller sjukvårdsfrågor under förhandling.

Därest landstingen icke åtaga sig eller få sig ålagdt att taga farsotssjukvården helt och hållet om hand och ansvara för densammas fullt lämpliga ordnande *är det, för att få särskilda sjukhus eller sjukstugor för vård af farsotssjuka till stånd på landsbygden, nödvändigt, att i Hälsovårdsstadgan* och *Epidemistadgan införes bestämdt åläggande för hvarje kommun att skaffa sig tillgång till ständigt i beredskap varande lämpligt farsotssjukhus eller sjukstuga.*

Härvidlag torde med nödvändighet behöfva lämnas *möjlighet för vederbörande myndighet att vid tredska från kommunens sida, låta utföra anordningen på kommunens bekostnad.*

Det synes oss icke nödigt och i vissa hänseenden ej heller lämpligt, att hvarje kommun åläggGes åt sig ensamt anordna eller uppföra särskild farsotssjukstuga.

Det finnes kommuner med mindre än 150 innevånare. Dylika små kommuner skulle blifva jämförelsevis betungade, därest de skulle ensamma, hvar för sig, hålla i beredskap en lämplig farsotssjukstuga, hvilken alltid måste bestå af minst 2 sjukrum, badrum och kök samt därtill nödiga uthus.

Enligt undertecknades förmenande böra 2 eller flera kommuner äga rätt förena sig om hållandet af en gemensam sjukstuga eller sjukhus, därest kommunerna äro närbelägna och sjukvårdsområdet icke blir större, än att de sjuka utan svårigheter och fara kunna till sjukvårdsinrättningen transporteras, samt under förutsättning, att utrymmet och sjuksängarnas antal tilltagas tillräckliga.

De kostnader för kommunerna, hvilka anordnandet af lämpliga sjukvårdslokaler medföra, böra icke anses såsom börda, utan som jämnställda med en framsynt, välbehöflig och väl placerad utgift för olycksfalls- eller brandförsäkring. I öfrigt vilja vi fästa uppmärksamheten därpå, att med nuvarande otillfredsställande anordning med farsotssjukvården, densamma blifver synnerligen kostsam för den enskilde och ofta mycket kostsam jämväl för vederbörande kommun. Är sjukvården väl ordnad och alltid tillreds, böra utgifterna för densamma mycket snart kunna sänkas. Behof af denna sjukvård bör, det ligger i sakens natur, stadigt *minskas* — men därför kräfves, att anordningen är snabb och verksam.

Genom att i Hälsovårdsstadgan införa bestämd föreskrift därom,

att hvarje kommun skall hafva tillgång till lämpligt sjukhus eller sjukstuga, ålägger Eders Kungl. Maj:t kommunerna icke någonting nytt som förut ej finnes kommunerna bestämt ålagdt.

I Eders Kungl. Maj:ts nådiga Kungörelse angående vissa åtgärder till förekommande af kolerans utbredning bland rikets innevånare, den 14 juli 1893, föreskrifves i § 9 mom. 2: »För att person, som lider af sjukdom, som misstänkes vara kolera, må kunna genast afskiljas och erhålla nödig vård, *skall inom hvarje kommun finnas lämpligt sjukhus eller sjukstuga med nödig sjukvårdsbetjäning och utredning:* ägande Medicinalstyrelsen meddela närmare föreskrifter rörande sjukstugas anordning äfvensom, därest giltiga skäl därtill förekomma, medgifva befrielse från eller anstånd med sjukstugas anordnande.»

Denna föreskrift har icke genomförts. Lämpliga sjukhus eller sjukstugor för vård af kolerasjuka finnas i allmänhet *icke* i kommunerna, och under tider, då fara för kolerans införande till eller utbredning inom riket icke kunnat påvisas, har det icke gärna varit möjligt att särskildt kraftigt yrka på föreskriftens efterlefnad. Kommunerna hafva emellertid genom oss läkare gjorts uppmärksamma på sin skyldighet därutinnan, och i början af september 1905 lämnades, genom tillmötesgående från Konungens Befallningshafvande, af förste provinsialläkaren en allmän erinran om föreskriftens befintlighet i Konungens Befallningshafvandes allmänna kungörelser. Det blef ett klent resultat.

Den af oss i underdånighet anförda angelägenheten synes oss enklast kunna ordnas därigenom att

1:o) *Till § 33 i gällande Hälsovårdsstadga införes ett moment, 4, med följande lydelse: »för att person, som lider af sjukdom, som misstänkes vara pest, kolera, smittkoppor, fläckfeber (tyfus), nervfeber (tarmtyfus), skarlakansfeber, elakartad halssjukdom (difteri) eller rödsot må kunna genast afskiljas och erhålla nödig vård, skall hvarje kommun äga tillgång till lämpligt sjukhus eller sjukstuga med nödig sjukvårdsbetjäning och utredning;* ägande Medicinalstyrelsen meddela närmare föreskrifter rörande sådant sjukhus' eller sjukstugas anordning; skulle kommun tredskas fullgöra detta åliggande, äge Kungl. Maj:ts Befallningshafvande låta genomföra anordningen på tredskande kommuns bekostnad».

2:o) *§§ 21, 22 och 23 i Epidemistadgan göras gällande äfven för ort, där Hälsovårdsnämnd icke finnes, alltså för landsbygden,* hvadan i sagda § 21, efter orden: »åligger det hälsovårdsnämnd», tillfogas: »och kommunalnämnd».

Af skäl, som ofvan angifvits, hafva vi ansett oss böra föreslå, att hvarje kommun ålägges »äga tillgång till» i stället för: »skall inom hvarje kommun finnas».

Därest ändamålsenliga sjuklokaler med nödig sjukvårdsbetjäning och utredning finnas, så torde helt visst befolkningen i allmänhet vid iråkad farsotssjukdom gärna låta sig dit öfverföras. Erfarenheten ger detta vid handen. Enstaka tredskande fall kunna likväl förutsättas. Oss synes det *därför behöfligt, att jämväl § 22 i Epidemistadgan göres gällande äfven för landsbygden* (för ort, där hälsovårdsnämnd icke finnes) i hvilken § 22 därvid införes efter: »på anfordran af hälsovårdsnämnd, jämväl orden: »*tillkallad läkare eller kommunalnämnd*». För undvikande af tidsutdrägt anse vi behöfligt, att läkaren bör å landsbygden äga göra denna anfordran.

Uraktlåtenhet att åtlyda läkarens eller nämndens anfordran härutinnan bör beläggas med i Nådiga Stadgan utsatt vite.

I samband härmed bör också § 23 ändras så, att efter orden: »bör (skall) hälsovårdsnämnd» tillfogas: *och kommunalnämnd*».

Frågan, hvem som skall bekosta farsotssjukvården äfvensom smittreningen vid farsotssjukdomar, kommunen eller den enskilde, vållar ofta mycket obehag och mycket krångel och svårigheter, och har en och annan gång föranledt rättegångar.

Afståndet från läkarestationen till sjukdomshärden är på landsbygden ofta rätt stort. På grund däraf nödgas läkaren ofta, då kallelsen eller förordnandet angifver en bestämd sjukdom, medtaga nödiga läke- och desinfektionsmedel. Resan gäller exempelvis för difteri i ett fattigt bonde- eller torparehushåll med ett större antal barn. Antidifteriserum behöfver, jämte annat, användas. Det hela belöper sig till en för mindre bemedlade afsevärd summa. Vi utgå ifrån att, som ofta är fallet, kommunen har vägrat gälda kostnaderna för farsotssjukvård. Husfadern i det drabbade hushållet mäktar ej gälda desamma. I dylika fall kan läkaren nödgas att betala eller ock får apotekaren afskrifva sin fordran. Det har förekommit bådadera; läkaren har på *en* resa för difteri fått bekosta antidifteriserum för inemot 90 kronor; apotekarne kunna se sig nödsakade förlora rätt mycket. Förekommit har till och med att en för sjukvården anlitad sjuksköterska, hvilken af nämndens ordförande muntligen ombedts att för sig och de af henne vårdade sjuke rekvirera behöfliga matvaror m. m., sedermera fått betala alltsammans, utan att kunna återfå något, därför att ordföranden icke hade skriftligen lämnat henne uppdraget.

Obehagligheter af anförda slag kunna lätt föranleda till iakttagande af formaliteter, hvilka vålla å landsbygden, med därvarande afstånd, besvär och tidsutdräkt, som för den sjuke kan blifva ödesdiger nog.

Isoleringen af de sjuke, äfvensom smittreningen efter farsotssjukdomar, äro åtgärder, hvilka vidtagas hufvudsakligen för att skydda de kringboende, för att ej säga kommunen, ja hela orten.

Har ett hushåll drabbats af farsotssjukdom, så pläga oftast, under de förhållanden landtallmogen lefver, samtliga de hushållets medlemmar, hvilka för tillfället äro mottagliga, också drabbas af sjukdomen. De blifva då immuna, och för *dem* äro skyddsåtgärderna, smittrening, icke behöfliga. Har hushållet redan genom sjukdomen drabbats hårdt, utgifter vållats, arbetskraft och tid förlorats, en och annan skördats af döden samt en och annan blifvit för kortare eller längre tid, kanske för lifvet, invalid, så synes det obilligt och hårdt och mindre rättmätigt att kräfva, det från detta hushåll skall gäldas kostnaderna för det skydd, smittrening m. m., som är behöfligt för närboende och det allmänna.

I Hälsovårds- och Epidemistadgarnes andemening ingår sannolikt, att farsotssjukvården i sin helhet bör bekostas af kommunen. Uttrycket: »på egen bekostnad eller genom andras försorg» i Epidemistadgans § 22, antyder jämväl detta då det gäller städerna.

I Elfsborgs läns städer äger också detta rum, och en del landskommuner hafva, efter upprepade uppmaningar och framställningar, beslutat detsamma.

Det är *behöfligt, att i Hälsovårds- och Epidemistadgarne införes tydligen uttalad bestämmelse, att kommunerna* (äfven landskommunerna), *skola bekosta all sjukvård och all smittrening vid farsotssjukdomar*, utom vid sådana fall, som på egen bekostnad eller genom andras försorg vårdas under sådana yttre förhållanden, som i samma stadgas § 21 mom. 1 sägs:

Stundom torde det vara okunnighet i hälsovårdsangelägenheter eller bristande intresse, stundom också månhet om kommunens ekonomi eller möjligen fruktan för att vid kommunalstämman blifva klandrad för bristande omvårdnad om kommunens medel, *det* förhållandet är enligt vår erfarenhet, allt för allmänt: Kommunalnämnderna ägna i.

allmänhet icke det nit, den omtanke och det intresse åt hälsovårds- och sjukvårdsärenden, som de enligt Hälsovårdsstadgan böra ägna dem, och som ärendenas vikt kräfver.

Då det, hvarom här är frågan, gäller farsotssjukvården, äro *landskommunernas åligganden*, såsom ofvan påvisats, *icke tillräckligt bestämda*. För en hel del åligganden, särskildt beträffande farsotssjukvården, är icke heller ett åsidosättande från Nämndernas sida tydligt belagdt med ansvarspåföljd. Denna omständighet har säkerligen mycket bidragit till, att åt nu i fråga varande angelägenhet hittills ägnats föga intresse och allvar.

För statens väl och framtida bestånd synes oss allmänna hälsovården, och dit måste inräknas äfven farsotssjukvården, vara af så afgörande betydelse, att vederbörligen lämnade föreskrifter till dennas befrämjande icke kunna få utan lämplig straffpåföljd lämnas obeaktade.

Vi dristа oss för den skull i Underdånighet framhålla behöfligheten af, att i *Hälsovårdsstadgan* och *Epidemistadgan införas för Hälsovårds- och Kommunalnämnderna bestämda viten mot underlåtenhet att fullgöra hvad dem i nämnda stadga ålagts.*

Enär vi läkare, såsom af ofvan gjorda framställning framgår, under farsotssjukvårdens nuvarande ställning på landsbygden icke äro i stånd att fullgöra våra åligganden: att åt de af oss vårdade farsotssjuke ägna den behandling, som de i regel allvarsamt sjukes tillstånd fordrar och som med vetenskap och bepröfvad erfarenhet öfverensstämmer, utan nödgas med smärta åse och erfara, huru som, på grund af bristande anordningar, årligen många medmänniskor i förtid skördas af farsotssjukdomar och ett synnerligen stort antal göres af dylika sjukdomar till invalider för längre tider, ofta för hela lifvet; och då det bör vara vår oafvisliga plikt såsom läkare, att göra allt hvad vi förmå och på oss kan ankomma för att befordra allmänna hälsotillståndet och undanrödja sådant, som kan nedsätta befolkningens hälsa och lifskraft, så drista vi oss, med stöd af hvad vi ofvan anfört, hos Eders Kungl. Majestät i Underdånighet hemställa om ändring i gällande Hälsovårdsstadga och Epidemistadga därhän, vi i Underdånighet angifvit, äfvensom om öfriga behöfliga åtgärders vidtagande, för att den för befolkningens hälsa och lifskraft så synnerligen viktiga farsotssjukvården på landsbygden måtte blifva på ett tillfredsställande sätt ordnade.

Underdånigst

Älfsborgs läns Läkareförening den 7 December 1906.

Nils Englund
Fören:s ordförande.
Förste prov. läkare.

Gust. Nystedt.
Sekreterare.

Rättspsykiatriska förbiseenden och misstag.

I n:o 13 af denna tidskrift har d:r Olof Kinberg på tal »om fängelseläkarnas rättspsykiatriska sakkunskap» bland annat meddelat några siffror från olika land angående inför domstol misskända fall af sinnessjukdom samt därvid tillagt att »*be-*

träffande Sverige föreligger, mig veterligt, ingen statistisk undersökning öfver denna fråga.»[1])

Detta påstående beror på ett förbiseende från d:r Kinbergs sida. År 1898 har jag utgifvit ett arbete med titeln »Sinnessjuka fångar i Sverige åren 1865—1894» och däruti ganska ingående afhandlat frågan om antalet juridiska förbiseenden af mental rubbning hos för brott tilltalade personer. Mina slutsatser, som stöda sig dels på egen kasuistik af 101 fall, dels på ganska talrika uppgifter ur den utländska litteraturen, äro sammanfattade i följande satser:

Sannolikt 50 % eller hälften af alla sinnessjuka fångar, som anföras i min kasuistik, hafva trots en under rannsakningen förhandenvarande psykisk abnormitet resp. sinnessjukdom icke kommit i åtnjutande af den sakkunniga undersökning, som k. Br. af den 9 mars 1826 afser att garantera dessa individer.

Sannolikt omkring 20 % eller en femtedel af dessa fångar hafva på grund af samma förbiseende, oaktadt de vid åtalade gärningens begående varit beröfvade förståndets bruk, likväl i strid med strafflagens föreskrifter dömts till fullt straff, hvilket flertalet äfven helt eller delvis aftjänat.

Sannolikt 23 % hafva, trots det de vid åtalade gärningen »saknat förståndets fulla bruk», likaledes i strid mot strafflagen dömts till fullt straff (sid. 207).

Under de första 30 åren af vår nu gällande strafflags tillämpning hafva minst 1,702 (omkring 57 om året) psykiskt abnorma eller sinnessjuka individer blifvit dömda utan att sakkunnigt utlåtande om deras sinnesbeskaffenhet inhämtats.

Under samma tid hafva minst 518 individer (omkring 17 årligen) dömts, ehuru vid åtalade gärningens begående beröfvade förståndets bruk och minst 703 (omkring 23 årligen) dömts till fullt straff, ehuru i saknad af förståndets fulla bruk.

Af de 2,464 rättsliga förhandlingar, vid hvilka en psykisk rubbning kan antagas hafva varit förhanden hos den anklagade under perioden 1865—1894, har denna rubbning blifvit beaktad i 31 % af fallen, *förbisedd däremot i 69 %, d. v. s. mera än två tredjedelar af alla fall* (sid. 216 o. 217).

I senare delen af samma arbete har jag analyserat 19 fall, som af medicinska myndigheter blifvit misstydda, samt i korthet karakteriserat de åskådningar, förbiseenden och misstag, som därtill varit anledningen.

Ehuru jag numera helt naturligt är böjd att modifiera åtskilliga omdömen, som jag vid ifrågavarande arbetes utgif-

[1]) Kurs. af undertecknad.

vande höll för otvifvelaktiga, tror jag dock att de statistiska beräkningarne fortfarande i det hela skola stå sig inför kritiken. Och då många af de frågor, som nu berörts af d:r Kinberg, utförligt afhandlats i detta mitt arbete om sinnessjuka fångar, har jag ansett det icke vara opåkalladt att påminna om dess tillvaro. *Georg Schuldheis.*

Hvarjehanda notiser.

Kungl. Maj:t har beviljat rätt till tjänstårsberäkning för en öfverläkare vid sinnessjukafdelningen af Stockholms stads allmänna försörjningsinrättning.

Kungl. Maj:t har uppdragit åt lifmedikus Hafström att såsom Sveriges ombud deltaga i den kongress för klimatoterapi och stadshygien, som hålles i Cannes 1—10 april.

Karolinska institutet. Till docent i obstetrik och gynekologi har förordnats med. d:r Hjalmar Forssner.

Medicine doktorspromotion. De med. licentiater, som önska att, efter aflagda prof, promoveras i Uppsala instundande vår, böra anmäla sig hos med. fakulteten senast den 30 april.

Offentliga underrättelser.

Ledige tjänster:

[1]) betecknar. att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes; [3]) att ansökan ställes till Med.-s:yr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
En underläk.-tj. v. Vänersborgs hosp. o. asyls mansafd.[3]) (löneförmåner: 2,500 kr. (+ 1,000 kr. för lic.) jämte fri bostad och kost samt 200 kr. för kostförbättring)	6 april.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Jönköping[3]) (löneförmåner: 1,800 kr. jämte fri bostad och kost eller 600 kr. i kostpenningar)	6 april.
Underläk.-tj:n v. epid.-sjukhuset i Stockholm (sökes hos stadens hälsov.-nämnd)	8 april.
Bat.-läk.-tj:n v. Östgöta trängkår[1]) (nyinrättad; *ånyo* ledigförklarad)	10 april.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Kalmar[3]) (*ånyo* ledigförklarad; löneförmåner: 3,000 kr. jämte fri bostad)	15 april.
En marinläk.-stip.-befattn. (ansökan, ställd till med.-styr:n, inl. hos marinöfverläkaren)	20 april.
Extra prov.-läk.-tj:n i Lima distr. (omfattar Lima och Transtrands socknar af Kopparbergs län med 4,582 invånare den 1 jan. 05; löneförmåner: 3,500 kr. jämte fri bostad; tillträde 22 juni; ansökan, ställd till distr.-styrelsen, adr. komm.-ordf. B. P. Larsson, Limedforsen)	30 april.
Förste stadsläk.-tj:n i Strängnäs (ansökan, ställd till stadsfullmäktige, inl. hos magistraten)	27 april.
Ex. prov.-läk.-tj:n i Arvidsjaurs distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	29 april.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Mölndal[1]) (årlig pensionsafgift 500 kr.) 10 april.
Apoteket i Tibble[1]) 18 april.

Af Kungl. Maj:t utnämnda eller transporterade:

Till marinläk. 2:a graden i reserven: lic. *Herman Rosengren.*
Kaptens rang har tilldelats bat.-läk. i reserven: lic. *Olof Lundblad.*
Till innehafvare af hvar sitt resestipendium à 500 kr.: las.-läkarna *Lindström* i Gäfle, *Bauer* i Malmö och *Adlercreutz* i Ängelholm.
Till bat.-läk. v. Lifreg:tets grenadjärer: bat.-läk. v. Skaraborgs r:te *G. Möller.*
Till bat.-läk. i reserven: fältl.-stip. *S. D. Sommarin.*

Af Med.-styr.:n utnämnda och förordnade:

Till las. underläk. i Borås (fortf. tre år fr. 1 april): lic. *Axel Larsson.*
Till las.-underläk. i Falun (tre år fr. 20 mars): lic. *O. Lindemalm.*
Till ex. prov.-läk. i Tjörns distr. (fortf. t. o. m. 1911): lic. *J. E. von Wachenfeldt.*
Till ex. prov.-läk. i Malå distr. (t. o. m. 1911): lic. *K. G. A. Brand.*
Till marinläk.-stip:r (tre år fr. 1 april): kand:rna *O. A. Karlén, J. L. Schrödl, T. Cederberg.*
Till biträd. prov.-läk. i Uppsala distr. (fr. 1 juni): lic. *B. Egerström.*
Till extra prov.-läk. i Högsäters distr. (fortfarande t. o. m. 1911): lic. *Aug. Lindblom.*
Till asylunderläk. i Lund (ett år fr. 1 april): kand. *A. Arnold.*

Af Med-styr:n upprättade förslag:

Till *las.-läk.-tj:n i Söderköping:* J. G. Bexelius, N. E. Hellström (afsägelse från H. A. C. Reuterskiöld).

Med. licentiatexamen aflagd af:

Mattis Ludvig Möller (v. Karol. institutet).

Af vederbörande myndigheter antagna:

Till extra prov.-läk. i Nässjö distr.: lic. *P. Freland.*
Till extra prov.-läk. i Ljungskile distr. (fortf. t. o. m. 1911): lic. *N. Dahlberg.*

Sökande:

Till *las.-läk.-tj:n i Söderköping* (i ordn. efter tj:år): las.-läkarna Bexelius, Kisa, och Reuterskiöld, Borgholm, samt t. f. öfverläk. Hellström, Falun.
Till *stadsläk.-tj:n i Falkenberg:* lic:rna P. F. Heiners, L. E. Nilsson, K. O. Wetterqvist.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

F. d. bat.-läk. *V. Ljungström* t. f. reg:tsläk. v. Svea trängkår 7 febr. till repit.-öfn:rs början (t).
Lic. *B. Egerström* t. f. las.-underläk. i Linköping 1 april—31 maj (t).
Civil.-stip. *C. Comstedt* t. f. ex. prov.-läk. i Arvidsjaurs distr. 1 april—31 maj (v).
Lic. *L. Lindqvist* t. f. barnm.-lärare och lic. *C. Mannheimer* bitr. barnm.-lärare i Göteborg 1—15 april (s).
Lic. *C. Runborg* t. f. prov.-läk. i Åsele distr. 2 april—16 juni (t).
Fältl.-stip. *F. V. Cöster* t. f. läk. vid vol.-skolan i Halmstad 25 mars till de icke vapenföres inryckning.
Kand. *N. G. Marén* t. f. bitr. prov.-läk. i Uppsala distr. 13 april—31 maj (v).
Stadsdistr.-läk. *A. F. Malmström* t. f. stadsläk. i Malmö 1 april—15 maj (t).
Lic. *Ebbe Petrén* förordnad att anordna och utföra bakteriolog. undersökningar i anl. af tyfoidfeber bland trupperna i Sköfde.

Kand. *N. Önne* t. f. las.-underläk. i Jönköping fr. 27 mars (v).
2:e stadsläk. *O. Ekekrantz* t. f. 1:e och lic. *S. Köhler* t. f. 2:e stadsläk. i Halmstad fr. 1 april (v).
Bat.-läk. *K. K. Petterson* t. f. extra läk. i Hjo distr. i anl. af nervfeberepidemi.
Lic. *O. F. Åberg* t. f. ex. prov.-läk. i Rättviks distr. 30 mars—13 april (t).

Död:

Regementsläkaren i fältläkarkårens reserv m. m., med. doktorn *Carl Frithiof Albin Asp* afled i Malmö den 28 dennes vid 61 års ålder.

Öfversikt af sammandragen af epidemirapporter

för halfva månaden 16—28 febr. 1907.

	Städer.					Landsbygd.				
	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa
Stockholm	—	19	42	—	61	—	—	—	—	—
Stockholms län	—	—	1	—	1	—	11	21	—	32
Uppsala	—	2	7	—	9	1	4	25	—	30
Södermanlands	—	—	3	—	3	—	6	7	—	13
Östergötlands	—	2	5	—	7	25	14	4	—	43
Jönköpings	—	1	50	—	51	—	6	23	—	29
Kronobergs	1	—	—	—	1	—	4	30	—	34
Kalmar	—	—	2	—	2	3	10	10	—	23
Gotlands	—	6	—	—	6	—	9	1	—	10
Blekinge	—	1	3	—	4	—	—	10	—	10
Kristianstads	—	—	2	—	2	1	3	28	—	32
Malmöhus	2	3	23	—	28	2	11	49	—	62
Hallands	—	1	5	—	6	—	1	23	—	24
Göteborg	—	6	4	—	10	—	—	—	—	—
Göteborgs o. Bohus	—	1	5	—	6	1	5	20	—	26
Älfsborgs	—	4	8	—	12	—	—	12	—	12
Skaraborgs	—	4	—	—	4	—	6	13	—	19
Värmlands	2	1	—	—	3	—	—	2	—	2
Örebro	—	—	—	—	—	—	1	3	—	4
Västmanlands	—	1	—	—	1	—	3	2	—	5
Kopparbergs	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
Gäfleborgs	—	3	1	—	4	—	7	6	—	13
Västernorrlands	—	—	2	—	2	1	6	7	—	14
Jämtlands	1	1	—	—	2	—	12	—	—	12
Västerbottens	—	1	1	—	2	—	10	—	—	10
Norrbottens	—	—	—	—	—	4	—	2	—	6
Summa	6	57	164	—	227	38	129	300	—	467

Summa sjukdomsfall i hela riket: nervfeber 44, skarlakansfeber 186, difteri 464, rödsot 0. — *Akut barnförlamning* 2 fall. — I Jönköpings stad 50 fall af difteri, i Linköpings distr. 24 fall af nervfeber.

Breflåda.

För de under de två sista dagarne mottagna »insändarne» har icke kunnat beredas plats i detta n:r. *Red.*

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 12 april 1907.

4:e årg. | Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER. | N:o 15.

Innehåll: M. SUNDQVIST: Om Worths behandling af skelögdhet. — LUDVIG MOBERG: Om användande af steril pasta vid sondering. — Från Riksdagen. — Periodisk litteratur. — Hvarjehanda notiser. — Fråga. — Offentliga underrättelser.

Om Worths behandling af skelögdhet.

Af

M. Sundqvist.

(Föredrag i Göteborgs Läkaresällskap i januari 1907.)

M. H.

För ungefär tre år sedan utgaf den engelska ögonläkaren Worth ett arbete öfver skelandet, dess etiologi, pathologi och therapi. Den behandlingsmetod, han användt och som han här publicerar, är synnerligen tilltalande och de resultat, han med densamma vunnit, äro anmärkningsvärdt vackra.

Den behandling, å andra sidan, som f. n. i allmänhet följes, är ytterligt otillfredsställande, hvarför det blefve en stor vinst att få den ersatt med en mera effektiv sådan.

Införandet af W:s metod skulle emellertid i viss mening betyda en stor reform på detta område, nämligen med afseende på tidpunkten, då behandling måste inledas. Enligt W. måste nämligen detta ske mycket förr, än man hittills brukat.

Af skäl, som jag hoppas i det följande kunna tillräckligt tydligt klargöra, blefve det emellertid då i allmänhet ej specialisterna, utan fastmer de allm. prakt. läk., som måste åtaga sig uppgiften att hos den stora allmänheten liksom förbereda jordmånen för metodens införande. Men under sådana för-

hållanden är det tydligt, att de senare böra snarast möjligt få kännedom om, hvad saken gäller, och det är därför, som jag har ansett det lämpligt att här i Sällskapet referera W:s metod.

Jag kommer därvid att inskränka mig till hans behandling af inåtskelande, strabismus convergens, dels därför att denna form är den vanligaste och således den viktigaste, dels därför att det egentligen blott är beträffande denna, som W. kommit med något nytt.

Före redogörelsen af W:s metod torde det vara nödvändigt att åtminstone i största korthet lämna en öfversikt af den behandling, som f. n. följes, och jag börjar då med att granska, huru den allm. prakt. läk. affärdar sina skelfall.

Jag antager, att en familjeläkare blir tillfrågad för ett barn, som skelar inåt. Låt oss säga, att barnet är 2—3 år gammalt och har skelat sedan några månader.

Säkert skall då läkaren i de flesta fall gifva ungefär det svaret, att detta skelande ej innebär något allvarligt; skelandet »växer»[1]) nog bort med tiden och om mot förmodan detta ej skulle bli fallet, så återstår alltid att ställa ögat rätt igen med en liten operation, då barnet blifvit äldre, t. ex. 8—10 år. I hvarje fall är för närvarande intet att göra åt saken. Beträffande risken, att synen å skelögat under tiden skulle kunna försvagas eller gå nästan helt förlorad, så är detta väl en möj-

[1]) Det är för öfrigt alldeles riktigt, att i många fall skelandet med tiden »växer» bort, nämligen i den mening att skelvinkeln minskas mer och mer för att slutligen i bästa fall nästan helt och hållet försvinna. Skelögats syn går emellertid lika säkert sin undergång till mötes äfven i dessa, därför uteslutande i kosmetiskt hänseende lyckliga fall. Ingalunda så ovanligt är således att träffa på 15—20 års eller äldre personer, som komma och klaga öfver, att synen å ena ögat är mycket nedsatt och har varit det, så länge de minnas. Vid hastig besiktning af pat. synes intet skelande. Man låter pat. emellertid skarpt fixera, t. ex. sitt finger på nära håll. Täcker man därvid för det synkraftiga ögat, kan man få se, huru ögat i fråga, förutsatt att förmåga af central fixation ännu förefinnes, gör en ytterst liten, kanske knappt märkbar, rörelse utåt för att komma i fixation. Men denna lilla inställningsrörelse är alldeles tillräcklig för att säkert bevisa, att detta öga är ett skelöga, ehuru numera skenvinkeln är så liten, att den ej utan vidare kan iakttagas. I ett sådant skelöga finner man i regeln inga förändringar, åtminstone ej så stora, att de på långt när kunna förklara den så betydligt nedsatta synen. I vissa af dessa fall erfar man, att pat. i sin ungdom tydligt skelat; i andra fall vet pat. intet om något förutvarande skelande, beroende endera därpå, att detsamma numera fallit i glömska eller ock därpå, att skelvinkeln alltid varit för ringa för att af patienten eller hans omgifning kunna observeras. I högst få af dessa fall med betydligt nedsatt S., utan motsvarande förändringar i ögat, torde man hafva anledning att tänka på en medfödd amblyopi (se anm. pag. 243).

lighet, som sällan bringas på tal vare sig af föräldrarne eller af läkaren. En del läkare tänka dock härpå och bruka då förordna, att det fixerande ögat må förbindas en stund hvarje dag i afsikt att öfva skelögat.

Eller låt oss antaga, att frågan gäller $^1/_2$ års barn, som skelat sedan några veckor. Läkaren skall då troligen svara, att det är något mycket vanligt hos så små barn, att de stundtals titta litet snedt med ögonen. Dessa små få ej riktigt styr på sina ögon, förrän de blifvit årsgamla eller t. o. m. 2—3 år.

Och hvad, som är än värre vid många af dessa skelfall, är det, att dessa läkarens åsikter numera blifvit kända och så fast inrotade hos allmänheten, att föräldrarne i många fall afsiktligt underlåta att rådfråga läkaren.

Men hvad försiggår nu i allmänhet med dessa skelögon under den tid, föräldrarne och läkaren vänta på, att skelandet skall »växa» bort eller att tiden för operation skall infinna sig?

Svaret blir, att synförmågan å skelögat försvagas mer och mer och det är ej alls ovanligt, att t. o. m. centrala fixationsförmågan går förlorad, d. v. s. ögat blir i dessa de svåraste fallen, praktiskt taget, blindt och i de flesta fall då också obotligt blindt, dess värre.

Ett sådant skelöga deltager nämligen mycket ofullständigt i synakten. Och särskildt maculan, där det finaste seendet är förlagdt, blir så småningom totalt försatt ur funktion. Vid riktig fixation faller ju bilden af det fixerade föremålet alltid i ögats macula, men beträffande skelögat faller denna bild aldrig i dess macula utan någonstädes i dennas närhet. Ex anopsia, durch Nichtgebrauch, såsom tyskarne säga, gå därföre den centrala och paracentrala synen, d. v. s. synen med macula och området närmast så småningom förlorade.[1])

Jag öfvergår nu till specialistens behandling.

Om denna kan så godt först som sist sägas, att den ej varit vidare lycklig, trots det ärliga arbete, som ägnats hela

---

[1]) Jag har här utan vidare anfört denna amblyopia ex anopsia såsom vore den fullt bevisad och erkänd. Mot denna åsikt står emellertid en annan, som uppfattar amblyopien hos skelögat ej såsom en följd af skelandet utan såsom praeexisterande, d. v. s. kongenital. Och denna medfödda, ensidiga amblyopi — utan motsvarande pathol. anatom. förändringar — vore då tvärtom en af de medverkande orsakerna till skelandets uppkomst. Enligt denna uppfattning är ett uppöfvande af skelögats syn otänkbar.

Om nu emellertid Worths metod visar sig så tillförlitlig beträffande uppöfvandet af skelögats syn, som hans uppgifter härom vittna, så har ock Worth därmed lämnat det kraftigaste bevis på, att amblyopien hos skelögat verkligen uppstår ex anopsia.

denna sak och trots den rationella basis, hvarifrån man därvid utgått.

På följande åskådning har specialisten grundat sin behandling:

Vi veta, att de flesta inåtskelande äro hypermetroper eller åtminstone varit det under den tid, då skelandet uppstod. Vi veta vidare, att accomodation och konvergens äro två funktioner, som mycket intimt äro bundna vid hvarandra och därföre troget följas åt. Vid normala refraktionsförhållanden, således vid ungefärlig emmetropi, befinner sig för hvarje afstånd, d. v. s. vid hvarje accom. grad, konvergensen i full och ostörd jämnvikt. Hos hypermetropen är för alla afstånd accom. behofvet betydligt större än hos E., ty H. måste ju alltid först och främst täcka sin hyperopi medelst accom. På grund af det nära sammanhanget mellan de båda nämnda funktionerna följer med denna hos H. abnormt stegrade accom. också nödvändigt en tendens till abnormt ökad konvergens. H. befinner sig därför aldrig i full jämnvikt med afseende på sin konvergens. I vanliga fall hålles dock denna i schack af hans sträfvan att se enkelt med båda ögonen. Men, om af en eller annan anledning — vanligen nedsatt syn å ena ögat — värdet af denna samsyn skulle vara tillräckligt minskadt, uppger han den nu värdelösa samsynen och konvergerar, tills han kommer i jämvikt, d. v. s. han börjar skela inåt. Ett öga, nämligen det synkraftigare, inställes därvid alltid riktigt. Det andra devierar inåt.

Denna teori härstammar ju från Donders och var faktiskt den, som kastade första ljuset öfver strabismens etiologi.

Denna den Donderska teorien har också betingat specialistens behandling, som, i korthet sedt, är följande:

Man paralyserar under längre tid medelst atropin båda ögonens accom. Samtidigt borde då också härmed följa en minskning af den hos H. befintliga tendensen till alltför stark konvergens.

I samma syfte samt dessutom i afsikt att för dessa atropiniserade patienter möjliggöra ett tydligt seende, åtminstone på afstånd, gifvas glas, som mer eller mindre fullständigt korrigera den totala H. och eventuel As. Genom atropinverkan har ju nämligen den totala H. kommit fullständigt fram. Dessa glas skola ständigt bäras. Vid event. läsning gifvas starkare glas.

För att öka upp den nedsatta synen å skelögat låter man förbinda det fixerande ögat $^1/_2$—1 timme en eller flera gånger dagligen.

Emellertid har denna behandling i jämförelsevis få fall visat sig värdefull. Ibland har visserligen på detta sätt skel-

vinkeln minskats eller totalt försvunnit, men, när atropinet slutligen måst utsättas, se vi skelandet på nytt uppträda och nu ofta nog höggradigare än förut. De få fall, som verkligen botats, äro fall af blott periodiskt skelande. Det verkligen konstanta skelandet låter sig väl sällan korrigeras på detta sätt.

Metoden att öfva upp synen å skelögat genom förband å andra ögat är också i allmänhet ej effektiv nog. Tiden pr dag är för kort därtill. Och dessutom är den för besvärlig för föräldrarna. Barnet behöfver nämligen under hela tiden för dessa separatöfningar den noggrannaste tillsyn. I annat fall skjuter naturligtvis barnet förbandet åt sidan för att kunna se med andra ögat. En dylik besvärlig behandling ledsna emellertid föräldrarna snart på.

Med den operativa rättställningen af ögonen väntar specialisten i regel, tills barnen uppnått 8—10 år, då operationen kan utföras utan kloroform-narkos och endast med kokainanaestesi. Vid den senare är det nämligen lättare att ställa ögonen något så när rätt.

För att sedan efter operationen ytterligare öfva upp skelögats syn och möjligen få till stånd binoculär sådan anställas åter separatöfningar samt dessutom af en del specialister långvariga och ledsamma, orthoptiska öfningar med rörliga stereoskop, emellertid också dessa i allmänhet utan vinst.

Hela denna behandling gifver oss sålunda i allm. en effekt, som blott är kosmetisk. Det forna skelögats syn däremot förblir lika nedsatt som förr.

Slutligen användes ju hela denna metod endast på något äldre barn.[1]) Om ett barn börjar skela vid $^1/_2$—1 års ålder, lämnas det följaktligen i det närmaste utan behandling, tills det blir 3—4 år, enligt Fuchs ända till 5—6 år, då glasen tidigast påsättas. Men under tiden har långt dessförinnan synen ohjälpligt hunnit gå förlorad å skelögat.

Ej ens specialisterna hafva således hittills kunnat berömma sig af några egentliga segrar på detta område.

Man kunde väl därför med glädje hälsa välkommet Worths arbete, som, efter hvad det synes, verkligen ger oss goda möjligheter att hindra uppkomsten af dessa mer eller mindre amblyopiska skelögon.

---

[1]) Fuchs anser t. o. m. i sista upplagan (1905) af sin lärobok, att barn kunna förses med glasögon först efter 5—6:te året. För min del har jag flere gånger gifvit barn om 2 $^1/_2$—3 år glasögon och det har aldrig ens varit tal om, att de på minsta sätt varit besvärade af dessa.

Efter denna öfversikt lämnar jag nu ordet till Worth.

W. hyllar ej obetingadt den Donderska uppfattningen af skelandets etiologi, utan anser, att barnen börja skela, därför att fusionsförmågan hos dem ej utvecklas normalt. Han lämnar en del bevis för denna sin åsikt, hvilka jag emellertid förbigår.

Med fusionsförmåga menas ju förmågan att sammansmälta de båda macularbilderna till en enda, mer eller mindre kroppslig bild.

Denna fusionsförmåga skulle enligt W. börja att träda i verksamhet redan vid $^1/_2$ år och nå sin fulla utveckling under 5:te året.

Om ett barn vid försök att fixera ej står under det kontrollerande inflytande, som en sådan, under normal utveckling stående, fusionsförmåga förmår utöfva, så hemfaller det tydligen lätt till skelande, ty värdet af samsynen är ju här i hög grad minskadt. Refraktionen i fallet kommer då att bestämma åt hvilket håll: inåt eller utåt. Emedan, som bekant, refraktionen i denna tidiga period nästan alltid är H. eller H. + As., är det ej så underligt, att de flesta tvingas skela inåt, hvarvid Donders lära kan tillämpas: den starka konverg. tendensen, som följer med den abnormt höga accom. hos desse H., fullbordar nämligen nu inåtskelandet.

Men de H., hos hvilka fusionsförmågan utvecklar sig normalt, och hvilka därför hafva en god samsyn, som håller konverg. driften inom skrankorna, lockas ej att skela.

På så sätt förklaras också tämligen otvunget, hvarför jämförelsevis ett så ringa antal H. skela, nämligen endast de med just denna outvecklade fusionsförmåga.

Men, anser nu W., att bristande fusionsförmåga hos barnen utgör själfva kärnan vid uppkomsten af skelandet, så är det också klart, att hans behandling i första rummet skall afse att bilda och att vidare utveckla en sådan. Detta sker medelst fusionsöfningar, hvarvid han använder sitt s. k. amblyoskop.

Hela W:s metod är baserad på ett möjligast tidigt ingripande, så också med afseende på dessa fusionsöfningar. Dessa öfningar måste nämligen göras tidigt för att hafva önskad effekt; således under en period, då normaliter denna förmåga är stadd i utveckling. Efter denna tid, d. v. s. efter det 6:te året, äro de värdelösa, och det var därför, som de ofvannämnda stereoskopiska öfningarna, i princip identiska med dessa W:s fusionsöfningar, sällan eller aldrig ledde till resultat. De gjordes nämligen alltid för sent.

Å andra sidan fordras dock för dessa öfningar för det första en viss intelligens hos barnet. Först vid 3 års ålder

(möjligen med de mera intelligenta redan vid 2½ år) kan man därför börja med dem. Bästa tiden således mellan 3 och 5—6 år.

För det andra fordras god eller åtminstone tämligen god S. å skelögat.

Nu veta vi, att hos dessa skelögon går synen ganska snart förlorad och W. erinrar isynnerhet därom, att den går förlorad fortare, ju tidigare barnet börjar att skela. Börjar barnet skela vid ½ års ålder, så kan den gå förlorad redan inom 6—8 veckor; om vid 1 år inom 2—3 mån.; vid 2 år inom 6—8 mån., o. s. v.

Således, jag upprepar det, för att med framgång de värdefulla fusionsöfningarna skola kunna påbörjas, fordras två villkor uppfyllda:

1) Tillräcklig intelligens hos barnet;

2) Tillräckligt god syn hos skelögat;

Men med denna uppfattning blir det nästan själfklart, huru W:s 1:sta behandlingsprincip kommer att lyda: sök att bevara skelögats syn eller, om den redan är minskad, när läkaren får hand om barnet, sök då att öfva upp och sedan bevara densamma, tills den tid kommer, då barnet är tillräckligt intelligent, för att dessa fusionsöfningar skola kunna påbörjas.

Vi vilja nu först se, huru Worth faktiskt, förutsatt att barnen komma tillräckligt tidigt under hans behandling, bringar upp och bevarar synen hos dessa skelögon, tills tiden är inne för fusionsöfningarna.

Så snart han får hand om barnet, bestämmer han hvarje ögas refraktion och föreskrifver passande glasögon.

Refraktionen mäter han medelst skiaskopi (retinoskopi), sedan ögonen atropiniserats under 3 dagar. Efter så pass långvarig atropinverkan är man säker på, att hela H. blir demaskerad. Glasen bestämmas så, att de korrigera totala H. (på ½ D. när) och möjligen befintlig As. (fullständigt).

Afsikten med de korrigerande glasen är ju tydligen att onödiggöra och förhindra accommodationen i dess alltför höga grader och därmed ock minska tendensen till för stark konvergens.[1])

Dessa glas böra nu ständigt bäras, så snart barnet är vaket. Och W. har visat, att t. o. m. redan ½ års barn kunna utan olägenhet förses med sådana glasögon. Ända tills nu har man ju ansett, att användandet af glasögon på barn under 3—4 år (Fuchs 5—6 år) vore otänkbart. Glasögonsbågarne

[1]) Detta gäller skelögat. Fix.-ögat, som ju däremot kommer att hållas under atropinverkan (se nedan), kan genom sitt korrektionsglas bibehålla sin maximala synskärpa orubbad.

för dessa små måste naturligtvis vara särskildt konstruerade, så att ej huden å öron och näsrygg skadas. Men i så fall påstår W., att $^1/_2$—1 års barn efter de första, visserligen besvärliga dagarna ta emot och bära glasögonen lika obesväradt som kläderna, de ha på sig.

Att ha visat detta är naturligtvis af stor betydelse. Ty nu kan man ingripa mycket tidigare än förr och t. o. m. i den tidiga åldersperioden ($^1/_2$—1 år), där, som vi sett, skelögats syn går fortast förlorad.

Med dessa glasögon enbart skulle emellertid i regel ej mycket vinnas, utan barnet skulle i de flesta fall fortsätta att skela alldeles som förut och synen å skelögat försvagas mer och mer. Därför måste barnet därjämte tvingas att använda och öfva sitt skelöga och detta sker enligt W. på så sätt, att endast det ena ögat, nämligen det fixerande, under längre tid atropiniseras. Genom atropinverkan i fix. ögat omöjliggöres allt seende med detta öga för nära håll. För långt håll är det däremot, tack vare korrektionsglaset, utmärkt väl inställdt.

För seende på närmare håll tvingas nu barnet försöka med skelögat, som ju har sin accom. orörd. Och i de flesta fall skall barnet snart nog föredraga att för nära håll använda skelögat, trots dettas amblyopi.

Man kan säga, att barnet använder åtminstone hälften af sin vakna tid med att se på nära håll, d. v. s. öfva skelögat. För detta ändamål sysselsättes då barnet lämpligen med smärre leksaker, bilderböcker etc. (enligt n. v. metoder förbjudna).

Under denna tid öfvas båda ögonen ungefär lika mycket; det ena för afstånd, det andra för nära håll. Det öga, som för tillfället ej användes, står devieradt inåt och, då blicken öfverföres från nära till långt håll eller tvärtom, omkastas skelandet.

Efter längre eller kortare tid (några få veckor — månader) har genom öfning på detta sätt det ursprungliga skelögats syn ökats upp till nära jämnhöjd med det andra ögats syn. Men med inträdandet i detta stadium ser man, huru barnet snart nog föredrager ett ständigt fixerande med urspr. skelögat framför det besvärliga och för öfrigt numera onödiga omkastandet för olika afstånd. Skelandet håller sig därefter konstant omkastadt, jämfördt med urspr. läget. Atropinet utsättes nu och pat. får komma tillbaka efter ungefär 1 mån.

Under denna månad hinner accom. förmågan i det förut atropiniserade ögat att fullständigt retableras. Pat., som nu har lika god syn på båda ögonen, äfven för nära håll, och för hvilken det således numera är likgiltigt, med hvilket öga han fixerar, möter efter denna tid med ett alternerande skelande.

Behandlingen hittills har sålunda af ett konstant skelande med nedsatt S. å skelögat gifvit oss ett alternerande skelande, med ungefär lika god S. å båda ögonen.

Förutsatt att barnets ålder (intelligens) tillåter[1]) det, påbörjas nu fusionsöfningarna.

Dessa företagas med W's s. k. amblyoskop.

Detta består af 2 vinkelböjda rör, som medelst en led i A. kunna ställas efter behag mot hvarandra samt fixeras i hvarje ställning genom 2 ställskrufvar (F och D). Ocularet AB består af en positiv lins, i hvars brännpunktsafstånd bilden af objektet ligger.

Objekten skjutas in vid HG. Men å hvardera röret sitter utefter AX en snedställd planspegel. Objektfiguren i HG reflekteras mot denna planspegel och dess bild förlägges framåt i



[1]) I motsatt fall gäller det att till för dessa öfningar mogen ålder bevara det, som hittills vunnits. Då barnet emellertid, lämnadt åt sig själf (d. v. s. utan atropin i fix. ögat), efter någon tid troligen skall visa tendens att åter börja skela uteslutande med urspr. skelögat, så måste det andra ögat — såsom förut — ånyo atropiniseras för någon tid. Urspr. skelögat blir då åter för beständigt det fix. ögat.

Men det är klart, att, om urspr. fix. ögat för längre tid skulle på så sätt hållas fullständigt uteslutet från synakten, skulle det i sin ordning börja — ex anopsia — förlora i synstyrka. Därför måste man se till, att detta öga under väntetiden då och då för någon tid i sänder tvingas i öfning igen. Detta sker helt enkelt på så sätt, att atropinet utsättes för detta ögå och i stället indrypes i urspr. skelögat. Skelandet öfverföres då till sitt urspr. läge, och urspr. fix. ögat återinträder i beständig fixation och öfning.

Genom att på detta sätt under perioder af t. ex. en mån. åt gången växelvis atropinisera än det ena, än det andra ögat, lyckas man bevara S. oförminskad i båda ögonen, ända tills tiden är inne för fusionsöfningarnas början.

förlängningen af hvardera rörets oculära gren samt på ett afstånd från ocularlinsen, som just motsvarar dennas brännvidd.

Vi använda ett par enkla figurer, den ena föreställande t. ex. en fågel, den andra en bur (just dessa eller liknande figurer äro lämpliga att börja fusionsöfningarna med).

Af en icke skelande betraktas de båda bilderna under nästan parallela synaxlar och med nästan accom. lösa ögon. Rörens oculära grenar inställas då också nästan parallela (vanligen i lätt konverg., beroende på, att man gärna konvergerar något, då man vet föremålen ligga så nära). Fågeln och buren synas nu samtidigt, och fågeln synes sitta midt i buren, förutsatt att bilderna falla i resp. maculae. I annat fall synes fågeln sitta excentriskt i eller rent af utanför buren. I senare fallet bringas den lätt till midten af buren genom en motsvarande, obetydlig förändring af instrumentets vinkel.

När man börjar fusionsöfningarna med de inåtskelande barnen[1]), måste rören i amblyoskopet från denna parallelställning skjutas ihop mot hvarandra, ungefär motsvarande skelvinkeln. Trots skelandet faller då likväl skelögats bild i dettas macula eller i dess omedelbara närhet.

Det visar sig då, att barnet i regel uppfattar endast en bild, nämligen den, som motsvarar det urspr. fix. ögat. Under hela skelperioden har nämligen skelögats bild ständigt undertryckts[2]), d. v. s. intrycket af densamma har, så att säga, ej inregistrerats i hjärnan.

Första uppgiften blir därför att lära barnet uppfatta båda bilderna samtidigt.

Detta sker enligt W. genom att öka upp belysningen för den figur, som motsvarar skelögat, och samtidigt minska belysningen för den andra. Han använder därvid en af honom konstruerad belysningsapparat, som jag här förbigår. Han ökar således ljusstyrkan för skelögats figur ända därhän, att den lyser så starkt, att barnet ej längre kan undgå att lägga märke till den. Denna bild liksom tvingas då in i barnets medvetande vid sidan af det andra ögats samtidigt försvagade bild. Barnet uppfattar nu båda bilderna samtidigt: fågeln och buren.

Den finare inställningen af rören anmodas sedan barnet göra själf, så att fågeln kommer att sitta midt i buren. Instrumentets vinkel motsvarar då noga skelvinkeln för tillfället.

---

[1]) Under dessa öfningar äro barnen alltid försedda med sina korrektionsglas.

[2]) Utom naturligtvis vid alla tillfällen, då skelögat på ett eller annat sätt tvingats i fixation, hvarvid åter det andra ögats bild undertryckts.

Efter någon öfning går detta lätt och man kan så småningom göra belysningen lika för båda figurerna[1]) och barnet skall ändå snabbt uppfatta dem samtidigt. Fusionsbegäret är nu väckt och stärkes ytterligare genom användandet af svårare figurer, där det mera kan bli tal om en äkta sammansmältning af de båda bilderna.

Det gäller sedan att vidga den s. k. fusionsamplituden. Man låter för den skull rören divergera något från den ställning, som motsvarade barnets skelvinkel, och uppmanar barnet att anstränga sig för att hålla fågeln kvar midt i buren. För att detta skall låta sig göra, måste barnet följa efter med sina ögon och konverg. mindre än förut, d. v. s. minska på skelvinkeln.

För hvarje öfning vinner man mer och mer i detta hänseende. Efter kanske 10 öfningar är fusionsbegäret så starkt och amplituden så vidgad, att barnet, för att undvika de numera besvärliga dubbelbilderna, lyckas med ögonen följa med ända ut till parallelställning.

Barnet skelar då faktiskt ej längre.

För att barnet ej skall återfalla i skelandet, bäras dock glasen fortfarande längre eller kortare tid.

Enligt W. kommer man i regel med dessa öfningar till målet. Ibland händer det dock, att, trots upprepade öfningar, skelvinkeln ej minskas mer än till en viss grad. Hvad som ej vunnits efter 10—20 öfningar, vinnes ej häller vid fortsatt arbete.

Under sådana förhållanden opererar W., och han gör det då vid hvilken ålder som helst, således utan att invänta det 8—10:de året, då barnet kan opereras under kokain-anaestesi.

Det behöfves emellertid vid dessa fall blott, att ögonen genom operationen något så när ställas rätt. Det lifliga fusionsbegär samt den fusionsamplitud, som genom öfningarna äro vunna, äro alldeles tillräckliga för att utplåna den rest af inåtskelande, som kan stå kvar omedelbart efter operationen. Man ser nämligen, huru ögonen ställa in sig utan vidare fullkomligt riktigt och med god binoculär syn.

Äfven i dessa fall hafva tydligen fusionsöfningarna haft sin stora nytta.

---

[1]) Af figurer, lämpliga för dessa öfningar, finnas en hel del. De äro för öfrigt konstruerade enligt något olika principer.

Om användandet af steril pasta vid sondering.

Af
Ludvig Moberg.

Under denna rubrik har doktor Johan Almkvist i n:o 10 af denna tidskrift infört en kortare uppsats, till hvilken jag icke kan underlåta att foga några tillägg och anmärkningar.

Om värdet af en icke retande, antiseptisk eller steril vattenlöslig salva eller pasta till insmörjning af instrumenter, som äro afsedda att införas i urinblåsan eller urinröret, torde meningarna icke vara delade. Så vidt jag känner, äro dessa pastor väl bekanta äfven i Sverige, åtminstone användas de sedan många år tillbaka af flera urologer här i Stockholm. Detta är ganska naturligt, då deras företräden framhållas af alla nyare handböcker i urinorganens sjukdomar. Redan år 1893 angafs följande formel på en sådan salva af Guyon (se Guyon: maladies des voies urinaires, del III, sid. 50).

Rec. Sapon. medicat.
Glycerini
Aqu. dest. aa grm 33,
Naphtol 1
Mfung.

eller också i stället för naphtol 1 grm phenol eller 3 grm resorcin. *Kraus* rekommenderade år 1897 (se Kraus' och Zuckerkandl's tyska öfversättning af Guyons föreläsningar) en annan pasta, hvilken, likasom den af doktor Almkvist omtalade, är sammansatt af tragacantha, glycerin och vatten i följande form:

Rec. Tragacantha grm 2,5
Glycerini 10
Solution. phenoli (39 %) 90

Casper i Berlin har sedan länge brukat en pasta af följande sammansättning:

Rec. Oxycyanet. hydrargyric grm 0,246
Glycerini 20,
Tragacantha 3
Aqu. dest. steril. 100,

hvilken formel återfinnes i Caspers lärobok i cystoscopi eller t. ex. i Oberländer-Kollmanns »Gonorrh. d. männl. Harnorgane» (del II sid. 140). Denna Caspers formel innehåller just Oxycyanet. hydrargyricum i 1 : 500. Doktor Ahlström använder sedan många år uteslutande denna, och jag har genom honom

för länge sedan blifvit uppmärksamgjord på dess lämplighet. Vi bruka alltid utskrifva den i tuber, och den beredes utan svårighet på hvarje apotek. Genom att minska mängden tragacantha kan pastan få en lösare konsistens, men Caspers ofvannämnda formel är lagom. Också den Almkvist-Blomquistska pastan är af ungefär samma konsistens.

Doktor Almkvist har i sin uppsats icke angifvit formeln. Det är därför jag ansett det kunna vara af värde att meddela den för dem, som till äfventyrs icke känna denna sondpasta. Det kan nämligen icke vara lämpligt att genom en uppsats, skrifven såsom doktor Almkvists, söka åt *en* apotekare monopolisera beredningen af ett preparat, som lika lätt beredes på hvilket apotek som helst. Apotekaren är naturligtvis i sin fulla rätt, om han så finner lämpligt, att mera fabriksmässigt framställa ett ofta användt preparat, men det synes mig viktigt, att vi läkare i våra tidskrifter undvika att göra reklam för sådant.

Och till sist ännu en sak. D:r Almkvist har skrifvit såväl sin uppsats som den med hans namn undertecknade bruksanvisningen, som åtföljer preparatet, på ett sätt, som måste bibringa läsaren den uppfattningen, att denna pasta komponerats af d:r A. och apotekare B. Professor *Caspers* namn finnes icke omtaladt. Mot ett sådant skrifsätt måste man på det bestämdaste protestera. Ty d:r A. kan icke vara i okunnighet om, hvarifrån just denna formel härleder sig, särskildt sedan ju d:r A. nyligen besökt Caspers klinik i Berlin.

Från Riksdagen.

Pensionsvillkor för provinsialläkare. Vid behandlingen af den nya pensionslagen, för hvars innehåll förut redogjorts, yrkades i båda kamrarna afslag i de punkter, som anginge provinsialläkarna. Lagförslaget antogs emellertid i dessa punkter af första kammaren med 77 röster mot 55 och i andra kammaren med 132 mot 79.

Det skedda utgör en kraftig maning till såväl provinsialläkarkåren som extra provinsialläkarna att hädanefter på ett effektivare sätt bevaka sina intressen. Såsom vi förut framhållit, meddelade dagspressen redan i januari den nya pensionslagens föreskrifter rörande bl. a. provinsialläkarna. Att hoppas på ändring under debatten af ett lagförslag, som enhälligt tillstyrkts af vederbörande utskott, är ju alltför sangviniskt. För bedömande af frågans vidare utveckling äro ju likväl de röstantal, som i båda kamrarna tillföllo afslagsyrkandet, af betydelse.

Arméns sjukvårdsstyrelse. Den väntade kungl. propositionen angående omorganisation af arméförvaltningen och däri ingående sjukvårdsstyrelse, framlade för Riksdagen den 5 dennes. Angående kom-

mitterades förslag hänvisas till Läkartidningen 1906, sid. 484, där fullständig redogörelse lämnats för kommitterades förslag. Detta förslag har emellertid icke framlagts i oförändradt skick. I stället för kommitterades »generalläkare» med lön + dagaflöning = 10,555 kronor föreslås en öfverfältläkare med lön + dagaflöning = 8,190 kronor. I st. f. kommitterades fördelningsläkare föreslås en »fältläkare» såsom föredragande för sanitetsärenden med öfverstelöjtnants lön. I st. f. en reg:tsveterinär med lön å annan stat och arvode (1,200 kr.) såsom föredragande för veterinärärenden föreslås nu en »fältveterinär» med majors lön. Det af kommitterade föreslagna adjutantsarvode (1,200 kr.) för en bat.-läkare med lön å annan stat har slopats.

Medicinalstyrelsens omorganisation. I andra kammaren har d:r Knut Kjellberg väckt motion, utmynnande i skrifvelse med hemställan om utredning angående medicinalstyrelsens tidsenliga omorganisation och om de förslag, hvartill utredningen kan föranleda.

Periodisk litteratur.

Här meddelas de senaste tidskriftshäftenas innehåll med undantag af referat, boknyheter m. m.

Nord. Tidskr. for Terapi, mars. *E. A. v. Willebrand:* Om fettsotens orsaker och dess behandling. — *C. H. Würtzen:* Om tuberkulindiagnostik. — *A. V. Vimmer:* Forsinket, traumatisk hjærneapoplexi. — *J. Jensen:* Fingerplastik ved transplation af tæer.

Hygiea, n:o 2, 3. *C. G. Santesson:* Om några fysiologiska beståndsdelars inflytande på hjärtat och cirkulationen. — *O. Nordlander:* Från den enskilda lungsotssanatorievården. — *Arvid Th. Högström:* Två fall af cystor i vagina. — *Gunnar Nilson:* Ett fall af bajonettsår förlöpande såsom s. k. pålningsskada. — *John Berg:* Mina operationer mot ventrikelsvulster 1887—1906. — *Johan Almkvist:* Om den merkuriella stomatitens och kolitens patogenes. — *Gösta Göthlin:* Om den s. k. Widals tyfoidserumreaktion. — *Emil Hedlund:* Ett par anmärkningar med anledning af d:r Clarholms uppsats om sterilisering af katgut genom kokning i absolut alkohol. — Svar till doktor Hedlund med anledning af ofvanstående anmärkning af *P. Clarholm.* — Slutanmärkningar af *E. Hedlund.*

Tidskrift for den norske lægeforening n:o 4—5. *Chr. Bennecke:* Det civile lægevæsens omordning. — *Fredrik Grøn:* Bidrag til den norrøne lægekunsts historie. — *E. Støren:* Om kostholdet i Trøndelagen. — *M. Geirsvold:* Epidemiske Sygdomme i Norge. — *Johan Scharffenberg:* En psykiatrisk optagelsesafdeling i Kristiania. — *O. Nordboe Bakke:* Tyreoidektomi hos gjeden. — *Klaus Hanssen:* Pleiehjem for tuberkuløse i Norge.

Norsk Mag. for Lægevidenskaben, n:o 3. *G. Guldberg:* Feminin pseudohermafroditisme med almindelige og specielle bemerkninger om hermafroditiske karakterer. — *O. Malm:* Kjønsdannelse og homosexualitet. — *Karl Thiis:* Den crupøse pneumoni statistisk belyst.

Medicinsk Revue, n:o 3. *Klaus Hanssen:* Om diagnosen af hjertesygdomme. —' *I. Sandberg:* *H. P. Lie:* Chorionepithelioma malignum. — *W. Loennecken:* Fingergreb istedet for kateterisation. — *K. Grøn:* Urethritis nou gonorrhoica. — *E. Horn:* Moderne nyrekirurgi. Nyretuberkulose.

Hvarjehanda notiser.

Jubileumsfondens sanatorier. Vid början af innev. april månad var antalet patienter, som väntade på ledig plats vid sanatorierna, följande:

	Män			Kvinnor		
	Hålahult	Österåsen	Hessleby	Hålahult	Österåsen	Hessleby
Plats i helenskildt rum à 3,50 pr dygn	3	6	4	3	1	10
» i halfenskildt » » 2,50 » »	6	6	15	10	8	26
» i allmänt » » 1,25 » »	75	36	57	49	40	41
» i » » » 0,50 » »	66	54	70	54	20	54

Medicinsk-historiska sällskapet. (Sv. läkarsällskapets med.-hist. sektion) sammanträdde den 4 dennes. Därvid höllos föredrag af professor B. Gadelius om psykiatriska sjukdomsformer i historisk belysning jämte en sjukhistoria från år 1732, af d:r A. Levertin om ett examensprotokoll i kollegium medicum 1743, af d:r V. Djurberg om ett svenskt koppympningsdokument från Carl XII:s vistelse i Turkiet, af professor A. O. Lindfors om Linnés dietlära och visades några tryckta ark af densamma.

Fråga.

Äger apotekare rätt att ånyo expediera barnrecept, hvari opium, Aq. am. am. eller Tinct nuc. Vom. ingå — intill maximaldos för vuxna på 75 gm — utan läkares iteration? *Extra prov.-läkare.*

Svar: Då med.-styr:ns cirk. 12 maj 1902 (ang. häftigt verkande läkemedels utlämnande från apoteken) icke gör undantag för barnrecept och någon maximaldos-tabell, afsedd för barn, ej finnes i farmakopén upptagen, så måste apotekaren såväl äga rätt som vara skyldig expediera de åsyftade gifterna utan läkares iteratur å receptet.

Red.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar. att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Kalmar[3]) (*ånyo* ledigförklarad; löneförmåner: 3,000 kr. jämte fri bostad)	15 april.
En marinläk.-stip.-befattn. (ansökan, ställd till med.-styr:n, inl. hos marinöfverläkaren)	20 april.
Förste stadsläk.-tj:n i Strängnäs (ansökan, ställd till stadsfullmäktige, inl. hos magistraten)	27 april.
Ex. prov.-läk.-tj:n i Arvidsjaurs distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	29 april.
Extra prov.-läk.-tj:n i Lima distr. (omfattar Lima och Transtrands socknar af Kopparbergs län med 4,582 invånare den 1 jan. 05; löneförmåner: 3,500 kr.	

jämte fri bostad; tillträde 22 juni; ansökan, ställd till distr.-styrelsen, adr. komm.-ordf. B. P. Larsson, Limedforsen) 30 april.
Las.-underläk.-tj:n i Umeå[2]) (löneförmåner: 1,500 kr. + 800 kr. i ersättn. för bostad och kost; sedan den nya lasarettsbyggn:n under årets lopp blifvit tagen i anspråk, höjes löneförmånerna till 2,300 kr. jämte fri bostad och kost, dock med skyldighet att undervisa elever) 2 maj.
Underläk.-tj:n v. sjukhuset Eira, Stockholms stads och läns sjukhus (*ånyo* ledigförklarad; se Läkartidningen n:r 10, 11, 12 innev. år) 3 maj.
Extra prov.-läk.-tj:n i Grönskåra distr. (för tiden t. o. m. 1909; distr. omfattar Kråksmålas, Fagerhults och Elghults socknar med sammanlagdt 9,148 inv., de båda förra i Kalmar, den senare i Kronobergs län med station för läkaren och medikamentsförråd i Grönskåra by inom förstnämnda socken; lön: 1,500 kr.; i öfrigt se annons) 3 maj.
En bat.-läk.-tj. v. Skaraborgs reg:te[1]) 6 maj.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Tibble[1]) 18 april.

Af Med.-styr.:n utnämnda och förordnade:

Till ex. prov.-läk. i Dalarö distr. (t. o. m. 1911): ex. prov.-läk. i Östervåla distr. *G. V. Heyman.*

Af Med-styr:n upprättade förslag:

Till *en bat.-läk.-tj:n v. Hälsinge reg:te:* E. V. Bjerner (sedan de båda andra sökande återtagit ansökan).

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Las.-underläk. i Karlshamn *E. Cavallin* (31 maj).

Af Med.-styr:n upprättade förslag till apoteksprivilegium:

Till nya *apoteket i Markaryd:* I. A. Svahnberg.

Med. licentiatexamen aflagd af:

Per Uno Albert Hylin och *Joel Gabrielsson* (Karol. institutet).

Sökande:

Till *en bat.-läk.-tj. v. Hälsinge reg:te* (i ordn. efter tj:år): bat.-läkarna Nordlander (Västernorrlands r:te), Lillieroth (Boden—Karlsborgs art.-r:te) och Bjerner (res.).

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *E. Börjesson* t. f. 1:e prov.-läk. i Norrbottens län (1—30 april (s).
Lic. *C. A. Lindgren* t. f. ex. prov.-läk. i Trollhättans distr. 25 mars—14 april (t).
Lic. *George Lindgren* t. f. las.-läk. i Flen 15 april—14 juni (t).
Lic. *S. Högberg* t. f. las.-underläk. i Umeå (v).
Lic. *V. Söderbaum* t. f. ex. prov.-läk. i Svärdsjö distr. 1—30 april (t).
Lic. *C. W. Stoije* t. f. prov.-läk. i Hedemora distr. 23 juli—21 aug. (s).
Lic. *K. Gustafsson* t. f. prov.-läk. i Hessleholms distr. ett år fr. 21 mars (t).
Lic. *R. Wettervik* t. f. stadsläk. i Växjö 30 mars—19 april (t).
Kand. *S. Wahlgren* t. f. las.-underläk. i Karlshamn 1 april—31 maj (t).
Kand. *H. Fröderström* t. f. bitr. läk. och lic. *Ulrika Eriksson* t. f. amanuens v. Stockholms hosp. fortf. 1—14 april (t).
Lic. *Ludv. Möller* t. f. ex. läk. i Mjölby (tyfoidfeber).

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 19 april 1907.

4:e årg. | Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER. | N:o 16.

Innehåll: M. SUNDQVIST: Om Worths behandling af skelögdhet. — JOHAN ALMKVIST: Svaromål i anledning af doktor Ludvig Mobergs uppsats »Om användandet af steril pasta vid sondering». — AXEL PLANCK: Om en aflöningskonflikt vid Gellivare sjukstuga och några reflektioner däröfver. — Insändt. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser. — Epidemiöfversikt.

Om Worths behandling af skelögdhet.

Af

M. Sundqvist.

(Föredrag i Göteborgs Läkaresällskap i januari 1907.)

(Forts. och slut fr. n:r 15).

I afsikt att bättre belysa gången af behandlingen intagas här ur den rikhaltiga samlingen af sjukhistorier ett par af de mest typiska.

Case B, 23. February 4, 1896. A. boy, aged 2 years 11 months, was brought to me, suffering from convergent squint. He had squinted for about ten or twelve months. L. E. was convergent 28°. Fixation was present in L. E., but the sight of this eye had deteriorated so much that, when R. E. was bandaged, he could not find a white-handled penknife on the floor, unless it was close to his feet. Abversion L. E. was perfect. Ordered, atropine ointment, I per cent, thrice daily for both eyes, for retinoscopy.

February 11. — Convergent squint L. E. 32° with atropine. Retinoscopy-each eye + 2·75 D. sph. + 0·5 D. cyl. ax. vert. Ordered spectacles + 2·25 D. sph. + 0·5 D. cyl. ax. vert., also guttae atropinae 1 percent. for R. E. *Only* every morning.

March 3. — Child uses R. E. (atropised) in distant vision, and L. E. (unatropised) in near vision. Convergent squint L. E. 20°, with glasses. Ordered, continue.

April 9. — Similar note. Convergent squint L. E. 17°. Ordered, continue.

May 29. — Child now uses (unatropised) L. E. and turns in (atropised) R. E. always, both in near and distant vision. Ordered, stop the drops, and come again in one month.

June 18. — Squint nearly alternating, slight preference for squinting with L. E. Convergent squint L. E. 16°. Ordered atropine for R. E. only, every morning for a month, then stop it and bring the child to me two or three weeks later.

August 4. — C. S. alternating, 14°. Fusion training with amblyoscope. Child sees both images readily and can sometimes blend them.

August 7. — Fusion training.

August 10. — Fusion training. Child blends images readily.

August 14. — Fusion training. Child has considerable amplitude of fusion. C. S. alternating 15°.

August 18. — Fusion training.

August 25. — No squint with glasses. The mother says that the eyes have been straight since the last lesson, though he has turned the eye in, occasionally, for an instant.

November 6. — Child never squints now with glasses though he occasionally does so without them, the nurse says. No squint seen now either with or without glasses.

October 8, 1897. — Child going on well. He never squints now.

September 29, 1898. — Spectacles too small. Ordered repeat them.

June 13, 1901. — (Aged 8 years 3 months). Ordered atropine for repetition of the retinoscopy.

June 20. — Retinoscopy each eye + 2,25 D. sph. + 0, D. cyl. ax. vert. Vision, each eye $^6/_6$. Ordered, spectacles 0,5 D. lower than the retinoscopy, with permission to take them off while playing games.

August 19, 1902. — The boy has only used his glasses for school work since last visit, and never when out of doors. He has not been seen to squint for years.

I det följande fallet hade till och med centrala fixationen gått förlorad.

I dessa fall, där S. är så betydligt nedsatt, måste för skelögats öfning till en början ännu kraftigare åtgärder tillgripas än den vanliga — atropin i fix. ögat. I dylika fall förses under 2—4 veckor åt gången fix. ögat med kontinuerligt, dag och natt liggande, förband[1]). Härigenom tvingas skelögat under

[1]) Redan efter ett par dygn hafva äfven de mycket små barnen hunnit fullt förlika sig med ett sådant ständigt förband.

lång tid till ständigt arbete. Så snart säker central fixation återvunnits å skelögat, vidtager den vanliga behandlingen — atropin i fix. ögat.

Om med denna förbandsmetod central fixation ej inträdt efter 6—8 veckor, kan synen å skelögat anses ohjälpligt förlorad och all behandling kan då inställas, såsom varande totalt värdelös.

Nedanstående fall visar dessutom, huru skelandet kan bringas att försvinna endast medelst korrektionsglas samt ett kraftigt uppbringande af skelögats syn.

Case A. 503. June 7, 1900. — A girl,[1]) aged 5 months, was brought to me at the West Ham Hospital. She has squinted constantly with the L. E. since she was twelve weeks old. She has C. S. L. E. about 25°, variable. Fixation lost L. E. Abversion L. E. full. Ordered, continuous occlusion R. E., by a pad and bandage, for fourteen days: also, ung. atropinae 1 per cent. thrice daily, for both eyes, for retinoscopy.

June 21. — Steady central fixation L. E. Under atropine, angle of squint varies from about 20° to 40°. Retinoscopy R. E. + 5,5 D. sph., L. E. + 6,5 D. sph.

Ordered, spectacles, of the pattern described on page 102. R. E. + 5 D., L. E. + 6 D. Ordered also, ung. atropinae 1 per cent., to be put into the R. E. *Only* every morning.

August 16. — Glasses worn well, child seems to be quite unconscious of their presence. There is no squint in distant vision. When looking at anything near at hand the infant turns in the R. E. (atropised). Ordered, stop the atropine.

October 8. — No deviation with glasses. When glasses are taken off L. E. turns in to a variable degree — about 30° usually.

May 9, 1901. — No squint with glasses.

October 3. — Glasses too small. Ordered, repeat them.

August 28, 1902. — Glasses were lost ten days ago. The child is not squinting now, even without the glasses. Ordered, repeat the glasses.

---

[1]) On October 23rd, 1902, a sister of this patient, an infant aged 14 weeks, was brought to me at the West Ham Hospital. She had C. S. L. E. about 30°. On October 30th retinoscopy under atropine + 6 D. sph. each eye. I ordered + 5,5 D. and sent her to Mr. Hawes, of Leadenhall Street, who fitted spectacles of the pattern described on page 105. When I saw her on November 6th she had the spectacles two days. She was wearing them quite happily. Atropine was used for the fixing eye only until the squint alternated. I last saw her on June 7th, 1904, she had no deviation while wearing the glasses, and prism test in the dark room showed that the natural development of binocular vision was proceeding.

September 25. — No squint with glasses or without them. The case of this child's sister is exactly similar.

If I had followed the practice recommended in the textbooks, of leaving the case until the child was »old enough to wear glasses», she would then have had an incurable squint, and almost total blindness of the left eye.

Beträffande just dessa mycket små ($^1/_2$—1 års) barn, så vet hvarje barnläkare, huru vanligt det är, att hos sådana ett »skelande» än med det ena, än med det andra ögat, tillfälligtvis visar sig; dock utan att lämna efter sig något som helst fel i fixationen.

Sådana tillfälliga deviationer af ena eller andra ögat förekomma vid ondt för tänder, eller åtföljande gastriska rubbningar, kramper etc. och hafva som sagdt, intet att betyda. Men viktigt för barnläkaren är att veta, att också ett verkligt skelande i denna tidiga ålder ej sällan uppstår och då inom kort kan medföra de vådligaste följder med afseende på skelögats syn. Början till ett sådant verkligt skelande hos dessa små kan anses föreligga, om det inträffar, att ett öga står devieradt någon längre tid — några minuter — åt gången; eller om ena ögat står inåt, medan det andra lugnt fixerar ett föremål; och isynnerhet om deviationen ständigt gäller ett och samma öga.

Så långt Worth.

Om vi nu kasta en blick tillbaka på W:s metod, så finna vi, att, strängt taget, äger densamma i princip föga nytt att uppvisa.

Den mer eller mindre fullständiga glaskorrektionen är ju länge använd.

Själfva idén att öfva skelögat är likaledes gammal. Worths metod härvidlag — atropin i fix. ögat — måste emellertid anses betydligt värdefullare än de nuvarande separatöfningarna medelst förband å fix. ögat någon stund under dagens lopp. Öfningen för skelögat blir nu pr dag mycket längre. Och i enkelhet kan väl denna metod ej lämna något öfrigt att önska.

Med afseende på fusionsöfningarna har i princip rakt intet nytt tillkommit. Metoden att vid sidan af fix. ögats bild tvinga in i medvetandet hos barnet skelögats bild genom att göra de båda bildernas ljusstyrka olika, använder t. ex. Landolt i sitt stereoskop II.

Idén att, sedan fusionsbegäret på detta sätt blifvit väckt, vidare utveckla fusionsförmågan och utvidga fusionsamplituden är också sedan gammalt känd. Man finner denna idé realise-

rad i en hel del, för detta ändamål särskildt konstruerade, stereoskop, där afståndet mellan de båda objekten direkt ökas och minskas eller instrumentets vinkel kan varieras.

Men, jämfördt med öfriga sådana rörliga stereoskop, som jag sett och användt (Javal; Landolt, stereoskop II; Dahlfeld), finner jag W:s amblyoskop vara dessa betydligt öfverlägset, särskildt med afseende på lättheten att handhafva detsamma — en öfverlägsenhet, som, då det gäller 3—4 åringar, torde komma väl till pass.

Det särskildt värdefulla och — om man så vill — det nya däremot i W:s syn på saken är att så skarpt och väl motiveradt hafva inskärpt nödvändigheten af att gripa in med behandlingen i allra tidigaste stadium — för så vidt utsikt till godt resultat skall finnas. Men i så fall visar han också, att sådana ganska lätt och i fullkomligaste måtto kunna ernås. Felet i de gamla metoderna låg just däri, att man började för sent, alltjämt för sent. Och för dessa fall har han också visat sin egen metods — och för öfrigt alla andra metoders — begränsning.

W. har likaledes bevisat, att, praktiskt taget, möter ett sådant tidigt ingripande inga egentliga hinder. Sålunda applicerar han glasögon på barnen i, snart sagdt, hvilken ålder som helst, och utan olägenhet för dem. Vidare företager han med framgång fusionsöfningar redan med barn från och med $2^1/_2$ och 3 års ålder.

De flesta — kanske alla — detaljerna i W:s metod voro således visserligen förut använda, men utan reda, utan system. Och utom att, såsom vi i det föregående sett, hafva förbättrat och förenklat åtskilliga af dessa, tillkommer det för visso Worth äfven den förtjänsten att hafva satt dem i ett målmedvetet och — såsom det vill synas af hans uppgifter — effektivt system.

Under den tid ($1^1/_2$ år), jag känt till W:s metod, har jag tyvärr själf ej haft något fall, som kommit så tidigt, att det lönat sig försöka densamma. Jag har således ingen egen erfarenhet att i dag stödja mig på, hvarför jag i denna sak har förfrågat mig hos ett par af våra egna, förnämsta specialister. Men äfven dessa hafva hittills ingen eller ringa erfarenhet om metoden; enligt den enes utsago till stor del beroende därpå, att fallen ständigt komma för sent till behandling.

Det kunde då synas hafva varit lämpligare att dröja med referatet och rekommendationen af metoden, tills ögonläkarne här i landet hunnit skaffa sig en egen erfarenhet om densamma.

Men, som det nu är ställdt, hade det kanske dröjt länge

nog, innan en sådan vunnits. Hos många föräldrar är, såsom vi sett, den åsikten fast rotad, att intet annat är att göra än vänta och se tiden an, och många rådgöra sig därföre ej med läkaren. Vid rådfrågning åter blir det vanligen familjeläkaren, som får gifva första rådet. Och han råder i allmänhet också att se tiden an, så mycket mer som från specialistens sida egentligen aldrig gifvits honom något kraftigt stöd för en annan uppfattning.

Men under sådana förhållanden är det tydligt, att specialisterna få barnen under sin vård först, då det är för sent — åtminstone för att tillämpa Worths metod.

Jag tror därföre mycket blefve härutinnan vunnet genom ett samarbete mellan specialisterna och de allm. prakt. läk. På så sätt, att de senare påpekade för föräldrarna å ena sidan vikten af en tidig behandling och de goda utsikterna vid en sådan, samt å andra sidan den säkra risken för skelögat, beträffande dess syn, om behandlingen uppskjutes.

Då skulle specialisterna få barnen tillräckligt tidigt under sin vård och då skulle de också få rikliga tillfällen att pröfva metoden.

För de tvehågsne vill jag som slutord nämna, att Worths erfarenhet är stor. Han har själf behandlat enligt ofvan anförda metod öfver 2,300 skelfall och heterophorier; bland dessa öfver 1,700 fall af inåtskelande, d. v. s. af just den form, hvarom här varit fråga.

Svaromål i anledning af doktor Ludvig Mobergs uppsats »Om användandet af steril pasta vid sondering».

Af

Johan Almkvist.

I ofvannämnda uppsats har doktor Ludvig Moberg anfallit mig på grund af min artikel med samma titel i n:o 10 af denna tidskrift. Han förebrår mig, att jag under studier vid Caspers poliklinik i Berlin skulle tillägnat mig en receptformel för sonderingspasta och sedan utgifvit den såsom kombinerad af apotekare Blomquist och mig.

Jag ser mig därför nödsakad — så ogärna jag än vill upptaga tidskriftens utrymme med dylikt — att närmare redogöra för tillkomsten af denna pasta. Hurudan sonderingspasta, som användes å Caspers pokliklinik i Berlin, vet jag icke säkert, ty trots doktor Mobergs förunderliga påstående, att jag »nyligen besökt Caspers klinik i Berlin», har jag faktiskt aldrig,

hvarken nyligen eller förut studerat vid denna poliklinik. Jag har däremot för Caspers assistent, d:r Portner, tagit en privat kurs (som icke gafs å Caspers poliklinik) och jag har antagit (om med rätta eller ej vet jag ju icke säkert), att den sonderingspasta, som vi å denna kurs använde vid cystoskopering, var densamma som Casper föreslagit i sin lärobok. Men denna pasta var då allt annat än lämplig. Jag tvekar icke att i mitt tycke beteckna den såsom den sämsta jag hittills påträffat. Både på Artur Lewins och Max Josephs polikliniker användes i mitt tycke bättre insmörjningsmedel för sonder. Den Casperska pastan hade en alltför tjock och seg konsistens och förvarades icke i praktiska tuber, såsom hos Lewin och Joseph, utan i några små, särskildt konstruerade, men mycket opraktiska glaskannor. Emot doktor Mobergs påstående, att jag skulle velat tillägna mig denna Caspers receptformel, ber jag kraftigt få framhålla, att detta är så långt ifrån fallet, *att jag tvärtom vill varna mina kolleger för användandet af en pasta sammansatt enligt Caspers formel och förvarad i dylikt glaskärl* och icke kan förstå, huru doktor Moberg kan prisa densamma.

Den å Lewins poliklinik använda pastan fann jag däremot ganska bra, ehuru icke i alla afseenden lämplig. Då jag å apotek i Berlin sökte inköpa denna pasta, erhöll jag genom en ren tillfällighet i stället ett annat preparat med det »lagligen skyddade» namnet *D:r Melzer's Katheterpurin.* Detta preparat, som fabriceras på laboratoriet i Meiningen, fann jag hafva mycket god konsistens och för öfrigt vara synnerligen tilltalande.

Efter min återkomst till Stockholm lämnade jag detta Melzers Kathaterpurin till apotekare Blomquist med förfrågan, huruvida han skulle vara villig att göra något liknande att söka införa här i Sverige, emedan jag funnit preparatet utmärkt och sättet att hafva det på förhand fabriceradt synnerligen bekvämt för läkarna. Och detta, bästa herr Moberg, är min fullkomliga rättighet. Att i sitt land söka införa ett främmande preparat, som man funnit godt, är på intet vis klandervärdt. Den nu utkomna sonderingspastan är beredd enligt tysk förebild, det är riktigt. Men jag har ju icke heller utgifvit det för annat, det *framgår tydligt* af raderna 3—11 sid. 151 i min lilla uppsats.

Angående pastans sammansättning, så kunde jag icke lämna apotekare Blomqvist några andra upplysningar än dem, som stodo att finna i pastan medföljande papper, d. v. s. att pastan var sammansatt af glycerin, tragacantha och vatten (proportionerna voro *icke* angifna), och innehöll oxycyanetum hydrargyric. 1 + 500. Och precis samma upplysningar äro att finna i min lilla uppsats. Hvilken apotekare som helst

kan alltså erhålla samma upplysningar som Blomquist och därför precis lika väl som han fabricera denna pasta. Hvad menar då doktor Moberg med att jag monopoliserat beredningen af pastan åt *en* apotekare? Det finnes icke spår till logik i ett sådant påstående.

Apotekare Blomquist lät å sitt apotek framställa några pastor med olika halt af glycerin, tragacantha och vatten och bland dessa utvalde jag den konsistens, som jag fann lämpligast. Den formel, som vi sålunda experimentellt funno, blef följande:

Rec.	Tragacantha	gm	1
	Glycerin	»	25
	Aqu. destill.	»	75
	Oxycyanet. hydrargyric.	»	0,20

Detta är dock en annan formel än den Casperska, och faktiskt hafva vi experimenterat ut densamma. Då jag nu finner denna pasta (i motsats till den Casperska) lämplig, är det också min fulla rättighet att få rekommendera densamma åt mina kolleger. Hvarför skulle jag tacka just Casper för densamma? Lika väl kunde jag ju tacka Kraus, som också framställt en pasta af tragacantha, glycerin och vatten. Men jag gillar ingendera af dessa formler.

Min mening med att denna pasta skulle göras tillgänglig i handeln var *rent praktisk*, och jag ansåg därför, att det var alldeles nog att i Svensk läkaretidning med några ord påpeka tillvaron och betydelsen af en dylik pasta. Hvad jag under sådana omständigheter skulle göra med en historik öfver föregående sonderingspastor kan jag icke förstå. Genom att påpeka, att dylika pastor redan sedan länge användts i Tyskland och hvad jag för öfrigt yttrat å raderna 3—11, sid. 151, har jag ju redan tydligt och klart afstått från alla anspråk på originalitet och medgifvit, att den är beredd enligt tyskt mönster. Men att en dylik pasta har sitt stora värde medgifver ju äfven doktor Moberg i andra stycket af sin artikel.

Motivet för mitt tillvägagående har endast varit att gagna de svenska läkarna genom att låta dem komma i besittning af en förmån, som de tyska läkarna ägde, men de själfva saknade, och detta är väl intet klandervärdt. Hvarför ondgör sig doktor Moberg egentligen öfver mitt handlingssätt? Jag kan verkligen icke finna någon förnuftig anledning därtill.

Jag har ansett det nödigt att efter doktor Mobergs angrepp mot mig något utförligare framlägga saken, såsom den utvecklat sig, men ämnar sedan icke inlåta mig på någon polemik, ty dels finner jag det pinsamt att svara på så inkollegiala angrepp som doktor Mobergs, och dels önskar jag använda tiden på ett nyttigare sätt.

Om en aflöningskonflikt vid Gellivare sjukstuga och några reflexioner däröfver.

Med anledning af mitt anmärkningsvärdt låga arvode såsom läkare vid Gellivare med 20 sängplatser försedda sjukstuga beslöt jag förebringa en utredning angående öfriga sjukstuguläkares arvoden, jämförda med resp. sjukstugors beläggningsutrymme, för att med stöd däraf eventuelt göra framställning om höjning af mitt arvode. T. o. m. år 1904 var läkarens vid Gellivare sjukstuga årslön nämligen endast 300 kronor, hvilket belopp emellertid under år 1905 höjdes till 500 kronor. I ofvannämnda syfte tillskref jag alltså öfriga sjukstuguläkare med förfrågan om storleken af deras aflöning och erhöll svar från så godt som alla, för hvilket välvilliga tillmötesgående jag härmed begagnar tillfället att till kollegerna hembära mitt uppriktiga tack.

På följande sätt ter sig en sammanställning af läkarearvodet, sängantalet samt årsarvodet pr sjuksäng vid 55 sjukstugor:

Sjukstugans namn	Antal sjuksängar	Läkarens årsarvode Kr.	Årsarvode pr sjuksäng Kr.	Sjukstugans namn	Antal sjuksängar	Läkarens årsarvode Kr.	Årsarvode pr sjuksäng Kr.
Ulricehamn ...	7	1,010	144,29	Ström	10	500	50,00
Vimmerby	8	1,000	125,00	Burträsk	8	400	50,00
Åtvidaberg.....	8	1,000	125,00	Byske..........	8	400	50,00
Rejmyra.........	10	1,000	100,00	Norsjö	8	400	50,00
Mölndal	24	2,000	83,33	Nysätra	8	400	50,00
Smedjebacken..	24	2,000	83,33	Lindesberg ...	21	1,000	47,62
Lima	6	500	83,33	Torsby	17	800	47,06
Ramsberg	6	500	83,33	Åmål	22	1,010	45,91
Trosa	10	800	80,00	Vaxholm	9	400	44,44
Dalby	10	800	80,00	Karlskoga......	17	750	44,12
Sunne	10	800	80,00	Lycksele	12	500	41,67
Kungsbacka .	18	1,200	66,67	Grangärde......	12	500	41,67
Askersund	9	600	66,67	Nås..........	12	500	41,67
Strengnäs	23	1,500	65,22	Mora	12	500	41,67
Värnamo	20	1,200	60,00	Lenhofda	12	500	41,67
Svenljunga......	10	600	60,00	Kristinehamn..	20	800	40,00
Gislaved.........	14	800	57,14	Billingsfors ...	10	400	40,00
Uddeholm	14	800	57,14	Degerfors	13	500	38,46
Säfsjö	11	600	54,54	N. Kalix	16	600	37,50
Ljusnarsberg...	19	1,000	52,63	Jockmock	8	300	37,50
Laholm	23	1,200	52,18	Hedemora......	14	500	35,71
Nora	20	1,000	50,00	Leksand.........	14	500	35,71
Silbodal	16	800	50,00	Majorna...........	29	1,000	34,48
S. Unnaryd ...	12	600	50,00	Sveg	16	500	31,25
Tranås	12	600	50,00	Åsele	16	500	31,25
Tingsryd.........	10	500	50 00	Grythyttan ...	17	500	29,41
Nordmaling ...	10	500	50,00	Gellivare	20	500	25,00
Hede	10	500	50,00			S:a	3,113,57

Som synes växla arvodena från 144,29 intill 25 kr. pr sjuksäng (för Gellivare sjukstugas läkare, hvilken sålunda äfven med ofvannämnda löneförhöjning var sämst aflönad); medelaflöningen vid andra sjukstugor utgjorde 57,67 kr. pr sjuksäng.

(Vid Högsby, Söderåkra och Mönsterås sjukstugor äger läkaren ej rätt till viss årslön, utan erhåller han sitt arvode för sjukvården direkt af de å anstalten intagna patienterna. — Angående läkarens aflöning vid Enköpings sjukstuga har icke någon exakt uppgift kunnat vinnas, enär en del af därstädes vårdade sjuka debiteras extra för läkarevården.)

Vidare gjorde jag en utredning af arvodenas storlek i förhållande till resp. sjukstugors beläggning enligt uppgifterna därom i Kgl Medicinalstyrelsens underdåniga berättelse för år 1904. Vid denna beräkning tedde sig förhållandena för Gellivare sjukstugas läkare icke fullt så dåliga; det fanns nämligen några få sjukstuguläkare, som voro något sämre aflönade. Som emellertid beläggningsfrekvensen kan fluktuera ganska betydligt, bifogade jag endast ofvanstående utredning till den framställning, som jag i augusti 1906 gjorde till sjukstugans direktion, om arvodets höjande till 1,000 kronor eller 50 kr. pr sjuksäng, något lägre alltså än gängse medelaflöning. Direktionen ansåg sig ej kunna själfständigt afgöra denna fråga, utan öfverlämnade ärendet under tillstyrkan till kommunalstämman, som emellertid i december afprutade 200 kr. och bestämde 800 kr. till årsarvode. Då jag likväl ansåg mig icke ha framställt högre anspråk än, hvad som öfverensstämde med rättvisa och billighet, då jag dessutom icke kunde finna, att kommunalstämma äger befogenhet att bestämma sjukstuguläkarens lön, samt då beläggningssiffran vid härvarande sjukstuga åtminstone icke synes ha benägenhet att sjunka, aflät jag en förnyad skrifvelse till sjukstugans direktion af innehåll, att jag ej kunde åtaga mig arbetet vid Gellivare sjukstuga under ett årligt arvode af 1,000 kronor, hvilken skrifvelse direktionen med tillstyrkan äfvenledes remitterade till stämman, som i januari 1907 utan diskussion beviljade förhöjningen.

Som förut antydt, synes mig kommunalstämma icke vara rätta forum för bestämmandet af sjukstuguläkares lön, åtminstone nämner gällande sjukstugustadga intet därom. I vissa län torde landstinget bestämma lönerna åt resp. sjukstugors läkare, ehuruväl sjukstugans direktion, som enligt § 4 sjukstugustadgan har »att handhafva sjukstugans förvaltning», själfständigt torde kunna besluta i denna fråga.

Likasom sjukstugustadgan härvidlag icke synes vara fullt tydligt affattad, så håller den angående läkarens tillsättning äfvenledes mycket noga bestämmelser. Ordalydelsen i § 9, »Sjukvården skall ombesörjas af legitimerad läkare, som af direktionen tillsättes på viss tid eller antages på förordnande tills vidare», ger nämligen direktionen rätt til fullständig godtycklighet gent emot läkaren, under det att icke ett ord i denna § är till för att betrygga läkarens ställning. Så kan direktionen t. ex. tillsätta platsen utan att i vanlig ordning ha kungjort den ledig; vidare torde direktionen äga rätt att när som helst afskeda en läkare, som af någon anledning blifvit misshaglig. Det synes mig som om sjukstuguläkarne borde tillsättas af medicinalstyrelsen och icke kunna afsättas annat än för tjänstefel.

Skulle ofvanstående rader kunna ge uppslag till meningsutbyte i hithörande frågor, är ändamålet med mitt inlägg vunnet.

Gellivare i februari 1907.

Axel Planck.

Insändt.

Följande notis läses för den 29 januari 1907 i Norrbottens Allehanda:

Provinsialläkaretjänsten i Arvidsjaur. Arvidsjaur vill icke få förnyadt förordnande för nuvarande innehafvaren af extra provinsialläkar-

tjänsten. emedan han, sedan han träffades af slaganfall år 1904, ansetts vara helt eller delvis oförmögen att sköta sin befattning. Uti skrifvelse till Medicinalstyrelsen ha handl. Julin, jägmästarne Tjäder och Borg, schaktmästare Sander, inspektor Olsson, handelsföreståndaren Degerstedt m. fl. begärt förordnande för en för lappmarksförhållandena lämpligare läkare.

Vi se här, hurusom några enskilda personer i ett distrikt finna sig föranlåtna att skrifva till medicinalstyrelsen med anhållan om, att en läkares förordnande ej måtte förnyas. Man behöfver ej vara någon formalist för att våga sätta sig till doms öfver ett dylikt sätt att gå tillväga. I hvad mån skrifvelsens innehåll öfverensstämmer med verkligheten, har jag ej kunnat kontrollera, och vill ej heller ställa denna fråga under debatt. Detta är nämligen en sak för sig, som väl endast en läkare vid ett besök hos den sjuke bäst bedömer.

Extra provinsialläkartjänsterna i Lappland åtnjuta alla på ett enda undantag när (Malmbergets distrikt) statsbidrag, som i många fall äro rätt betydliga. I Arvidsjaur utgör denna hjälp från statsverket 1,500 kr. (Hela lönen 3,750). Det är alltså staten, som betalar nära nog hälften af läkarens lön därstädes. Att en statens tjänsteman (ty som sådan kan han, efter hvad nyss blifvit ådagalagdt godt anses) skall få sin bana afbruten genom enskildas tillskyndan, synes mig vara ett ytterligt farligt prejudikat.

Det enda riktiga är väl, att, då någon eller några anse sig hafva fog att söka få läkarebyte i ett extra provinsialläkaredistrikt, de *för en lokal myndighet,* kommunalnämnd, kommunalstämma (eller möjligen läkarestyrelse) *framföra sina klagomål* och låta en af dessa vederbörande bestämma, om medicinalstyrelsens inskridande skall begäras eller ej.

Hvad särskildt Arvidsjaurs extra provinsialläkardistrikt beträffar, hade detta låtit sig mycket lätt göra, alldenstund detta distrikt utgöres af endast *en* kommun.

Vid föregående års slut utgick femårsperioden (1902—1906) för distriktet ifråga. Genom försummelse att i tid begära distriktets förnyande har ej förr än i mars d. å. Kgl. maj:ts medgifvande härtill kommit. Platsen är nu anslagen ledig till den 29 april. Under ledigheten är en civil läkarestipendiat förordnad.

Som bekant råder med afseende på sökandet af extra provinsialläkarbefattningar för närvarande en berömvärd enighet bland läkarne. Känslan af det orätta uti att konkurrera med förre innehafvaren om hans plats vid en ny femårsperiods början har nu så trängt igenom hela kåren, att intet dylikt försök på flere år varit spordt bland oss. Det är därför att hoppas, att äfven i detta fall den förre innehafvarens rätt i detta hänseende lämnas okränkt. *Att han af sjukdom är förhindrad att bestrida ett interimistiskt förordnande, är intet skäl att göra honom platsen stridig.*

Låt oss i stället besinna, hvad det gäller. Dr S. har ägnat hela sin verksamhetstid som läkare åt Arvidsjaurs kommun. Han hade redan för tre år sedan så pass goda meriter, att han vid sökandet af en provinsialläkartjänst hade stora utsikter att komma i åtanke, då sjukdomen med ens korsade alla beräkningar. Under bittrare form kan väl knappast olyckan nå en af oss. Är det väl oss läkare värdigt, att en person i vår krets ekonomiskt aflifvas, utan att ett finger röres, ej ens ett ord säges för att hjälpa honom.

Mig synes det, att, om dr S. ej längre har hopp om förbättring och alltså ej kan bibehålla sin plats, i första hand den kommun, som han ägnat sina krafter åt, träder emellan till hans hjälp.

Kamrater! Låtom oss alltså visa, att vår enighet består. *Må*

ingen af oss bestrida dr S. hans rätt att ensam söka platsen ifråga Må vi visa de utomstående, att vi ej kunna gilla någon annan inkompetensförklaring än den medicinalstyrelsen gifvit.

Skulle det sedan visa sig, att nämnda styrelse ej kan förnya dr S 5-års förordnande, så är ej därmed, enligt min mening, platsen lämnad öppen till ansökan för hvem det lyster. *Ej förr nämligen än Arvidsjaurs kommun garanterat doktor S. en mot hans lefnadsställning och kommunens tillgångar svarande pension, med hvilken han uti denna tidning förklarat sig nöjd, synes det en kamrat värdigt att söka den omtalade befattningen.* *Kollega.*

(Insändt).

Provinsialläkarnes pensionsfråga.

I anledning af Edert yttrande till de i n:o 13 insända artiklarne i provinsialläkarepensionsfrågan ber jag få nämna, att jag redan den 26 jan. tillskref en i dessa förhållanden synnerligen väl initierad person för att få klarhet om tydningen af de föreslagna »27 tjänsteåren». Genom vissa olyckliga omständigheter, som här ej kunna relateras, erhöll jag ej hans svar förrän d. 20 febr. Jag vände mig då genast till tvänne riksdagsmän, en i Första och en i Andra kammaren, med bön, att de skulle väcka motion i samma syfte som kungl. propositionen till 1904 års riksdag, men erhöll i början af mars från en af dem det svar, att han vid samtal med flere personer kommit till den uppfattning, att det skulle vara oklokt vid denna riksdag motionera i frågan, samt att föga utsikt funnes att få stöd från statsutskottet.

När nu detta utskott så oförmodadt hastigt slutbehandlat pensionsfrågan, så är ju ingenting att göra vid saken i motionsväg vid denna riksdag. Må så vara; men man kan ej undgå att spörja sig, om icke frågan kommit in till riksdagen i helt annat skick, om medicinalstyrelsen, statsutskottet och K. Maj:t hade *återkommit med förslaget från 1904*. Hvad som var befogadt och rättvist då, och verkligen så väl motiveradt, har gifvetvis icke kommit i en annan position nu; snarare äro de utestängda läkarekategoriernas anspråk ännu tydligare berättigade nu än för 3 år sedan. Ett fast vidhållande vid 1904 års principer skulle med tämlig säkerhet *nu* vunnit gehör äfven i Andra kammaren, ty en rättvis sak måste till sist arbeta sig fram, och den likställighet, som här begäres mellan militär-, fängelse- och järnvägsläkare å ena sidan och extra provinsial- och (de flesta) stadsläkare å den andra, *är* en rättvis sak, det torde icke kunna bestridas.

Emellertid, såsom förhållandena nu gestaltat sig, måste jag instämma i Red:s uttalande, att det vore önskvärdast, att riksdagen helt afsloge provinsialläkarnes pensioneringsfråga. I så fall kunde saken till nästa riksdag hinna få en ytterligare utredning, och en stark opinion för 1904 års principer (möjligen med ändring i någon punkt) åstadkommas, en opinion icke blott inom läkarekåren, utan äfven i och genom tidningspressen. — Tiofaldt bättre uppskof, än frågans afgörande *nu* till såväl provinsialläkarekårens som (enligt min åsikt) *landets* skada.

H.

Ofvanstående kom för sent att införas innan frågan afgjorts vid årets Riksdag; vi anser oss likväl böra bereda plats för H:s uttalande, därvid påpekande, att åtskilliga af H:s synpunkter framhöllos under debatten i Riksdagen.

Red.

(Insändt).

Pensionsfrågan.

Lagförslaget till civila tjänstemäns pensionering är nu af riksdagen behandladt med ett resultat, som för framtidens provinsialläkare är synnerligen dystert. När en pensionslag skall af staten utarbetas och antagas 1907 kan man ej annat än med undran fråga hvarför som utgångspunkt för det föreslagna antalet tjänsteår tages en ålder beräknad efter förhållandena 1890, då hvar man vet att denna ålder, som då var 35 år, nu är mellan 45 och 50 år, samt att den så blifvit genom statens egna åtgöranden. Pensionen, som teoretiskt är 4,000, blir härigenom i verkligheten nedsatt till hälften eller 2,000. Mycket är nog ej att vinna, men måste allt försökas för att häruti få en ändring, och kan vårt enda hopp stå till hvad provinsialläkarkommittén möjligen kan utverka. Undertecknad skulle därför vilja föreslå, att provinsialläkarföreningens styrelse satte i gång med en väl motiverad och frågan klart belysande masspetition som öfverlämnades till kungl. maj:t och som i form af ett kårens uttalande tillställes provinsialläkarkommittén.

Extra prov.-läkare.

(Insändt).

I järnvägsläkare-frågan.

Till vederbörande!

Om jag ej missminner mig var ju frågan om järnvägsläkarnes vid Sveriges statsbanor nuvarande olämpliga och rent ut sagdt fattiga aflöningssystem föremål för behandling vid ett af de sista årens allmänna svenska läkaremöten, och bildades icke då samtidigt af ett antal därtill utsedda kolleger en kommitté, som skulle söka föra frågan till en för kåren mera värdig lösning af densamma? Som jag hittills ännu ej hvarken i Läkartidningen eller annorstädes sett något bevis på att något i saken åtgjorts, och det synes mig vara synnerligen viktigt och hög tid på att så sker, har jag härmed velat taga till orda för att påpeka saken till den kraft och verkan det hafva kan. Lönen för statens järnvägars samtliga ordinarie såväl tjänstemän som betjänte hafva undan för undan förbättrats och nu senast äfven för den extra personalen, men hvad järnvägsläkarne beträffar, står det fortfarande och stampar på samma punkt som från början eller rättare sagdt — det har blifvit ännu sämre ställdt än då var förhållandet.

Tänka vi endast på en sådan sak som att läkarelönen för en hvar inom läkarens bostadsområde boende tjänsteman eller betjänte är 3 kr. och för hvarje utom detta område, d. v. s. på linien bosatt, är 5 kr. per år, och att detta är oafsedt personen är ogift eller försedd med hustru och kanske 8 à 10 barn, så måste man väl strax finna, att ett sådant aflöningssystem är fullständigt afvita. Järnvägsläkaren får ju på detta sätt ett betydligt större antal personer att sköta gratis än dem han kan sägas hafva betalt för, och vore någon reson och rättvisa tillfinnandes i detta sätt att aflöna, så borde han väl i all rimlighets namn hafva mera betalt för skötseln af dem, som han har så att säga in på näsan på sig, och hvilka dagligen och stundligen springa och besvära honom för minsta småsak, än för dem, som finnas längre ut på linien, af hvilka han ytterligt sällan, relativt åtminstone, besväras, emedan dessa liksom andra människor fått lära sig att tänka och handla därefter, något så när på eget beväg. Kommer så härtill all den extra och tillfälliga personal, som läkaren är skyldig att utan någon som helst ersättning vårda och behandla, så finner nog en hvar

lätt, att de s. k. fripassagerarne kunna till nummerären betydligt, ja, tidtals flere gånger öfverstiga den »betalande» delen. Ty det behöfves ju endast, att ett större arbete såsom t. ex. en vägport, ett större schaktningsarbete, uppbyggande af lok.-stallar, magasin och ombyggnad af stationshus etc. sättes i gång, till hvars utförande kungl. styrelsen eller den det vederbör anställer ett större antal tillfälliga arbetare och ingeniörer m. m., och alla dessa skola hafva fri läkarevård af järnvägsläkaren på platsen, för att detta skall inträffa.

Det enda rättvisa aflöningssystem vore väl, att läkaren hade ersättning för hvarje person han behandlar, antingen efter fixt och någorlunda tidsenligt pris per år och individ, eller också, och kanske helst, efter ett bestämdt pris för hvarje gång han anlitas.

Att något måste från vår sida åtgöras, och att detta måste göras snart nog, är ju alldeles gifvet, ty vi kunna naturligtvis icke begära, att kungl. järnvägsstyrelsen skall taga första steget härvidlag, eller med andra ord väcka den björn som sofver. Och utan enighet och sammanhållning och därjämte ganska kraftig påstötning från järnvägsläkarekårens sida torde nog intet kunna uträttas till ernående af en bättre sakernas ställning, så synes det åtminstone

En järnvägsläkare.

Hvarjehanda notiser.

Nord. kirurg. förenings kongress äger rum 8—10 aug. 1907 i Kristiania.

Svenska deltagare uppmanas att snarast möjligt anmäla föredrag till ordföranden, Overlæge d:r med. Kr. Jervell (Kristiania) eller Overkirurg, Prof. d:r Tscherning (Köpenhamn).

Antagna öfverläggningsämnen äro:

A. Groftarmsresektioner (inl. Block, Köpenhamn, och Borelius, Lund.)

B. Prostatectomiens indikationer, utförande och resultat (inl. Lennander, Sverige, Adolf Gundersen, Norge, och La Crosse, U. S.).

C. Inflammatoriska adnexsjukdomars behandling (inl. Engström, Helsingfors, och Kaarsberg, Köpenhamn).

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar. att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes; [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Förste stadsläk.-tj:n i Strängnäs (ansökan, ställd till stadsfullmäktige, inl. hos magistraten)	27 april.
Ex. prov.-läk.-tj:n i Arvidsjaurs distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	29 april.
Extra prov.-läk.-tj:n i Lima distr. (omfattar Lima och Transtrands socknar af Kopparbergs län med 4 582 invånare den 1 jan. 05; löneförmåner: 3,500 kr. jämte fri bostad; tillträde 22 juni; ansökan, ställd till distr.-styrelsen, adr. komm.-ordf. B. P. Larsson, Limedforsen)	30 april.
Las.-underläk.-tj:n i Umeå[3]) (löneförmåner: 1,500 kr. + 800 kr. i ersättn. för bostad och kost; sedan den nya lasarettsbyggn:n under årets lopp blifvit	

tagen i anspråk, höjes löneförmånerna till 2,300 kr. jämte fri bostad och kost, dock med skyldighet att undervisa elever) 2 maj.
Underläk.-tj:n v. sjukhuset Eira, Stockholms stads och läns sjukhus (*ånyo* ledigförklarad; se Läkartidningen n:r 10, 11, 12 innev. år) 3 maj.
Extra prov.-läk.-tj:n i Grönskåra distr. (för tiden t. o. m. 1909; distr. omfattar Kråksmålas, Fagerhults och Elghults socknar med sammanlagdt 9,148 inv., de båda förra i Kalmar, den senare i Kronobergs län med station för läkaren och medikamentsförråd i Grönskåra by inom förstnämnda socken; lön: 1,500 kr.; i öfrigt se annons) 3 maj.
En bat.-läk.-tj. v. Skaraborgs reg:te[1]) 6 maj.
Las.-underläk.-tj:n i Karlshamn[2]) (löneförmåner: 1,800 kr. jämte fri bostad, frukost och aftonmåltid samt 420 kr. såsom ersättning för middag) 8 maj.
En biträd. läk.-tj. v. Vänersborgs hosp:s och asyls mansafdelning) 9 maj.
Extra prov.-läk.-tj:n i Öfvertorneå distr.[1]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod) 10 maj.
Extra prov.-läk.-tj:n i Jockmocks distr.[1]) ledigförklarad på grund af ny femårsperiod) 10 maj.
Extra prov.-läk.-tj:n i Åhus distr. (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod; se annons i förra häftet) 11 maj.
Extra prov.-läk.-tj:n i Gellivare distr.[1]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod) 13 maj.

Af Kungl. Maj:t utnämnda eller transporterade:

Till prov.-läk. i Hofva distr.: ex. prov.-läk. i Svärdsjö distr. *J. E. Hellsing.*
Till reg:tsläk. v. Södra skånska inf.:reg:tet: reg:tsläk. v. skånska trängkåren *N. G. Samuelson.*
Till bat.-läk. v. Hälsinge reg:te: bat.-läk. i res. *E. V. Bjerner.*
Till bat.-läk. v. Västmanlands reg:te: bat.-läk. i res. *S. R. Erhardt.*

Af Med.-styr.:n utnämnda och förordnade:

Till underläk. v. Hålahults sanatorium (ett år fr. 1 juli): kand. *Hj. Svederus.*
Till extra prov.-läk. i Orusts västra härads distr. (t. o. m. 1907): ex. prov.-läk. i Fiskebäckskils distr. *I. Söderholm.*

Af vederbörande myndigheter antagna:

Till stadsläk. i Jönköping: ex. prov.-läk. i Åkersbergs distr. *Ossian Lundborg.*

Sökande:

Till *las.-läk.-tj:n i Söderköping* har J. G. Bexelius återtagit sin ansökan.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Såsom extra läkare ha följ. fältl.-stip:r förordnats vid Västgöta reg:ts bev.-rekr. skola *J. O. O. H. Hansson,* vid fältartilleriets skjutskola (Skillingaryd) 23 maj—5 juli *C. L. L. Norrlin,* vid inf.-skjutskolan (Rosersberg) 30 april—20 aug. *G. S. Wigh.*
Lic. *G. Allvin* t. f. prov.-läk. i Hjo distr. 10 april—31 maj (t).
Stadsdistr.-läk. *T. Theorell* t. f. stadsläk. i Linköping 9 april—8 maj.
Lic. *P. Thulin* t. f. prov.-läk. i Ängelholms distr. 10--24 april (t).
Lic. *C. A. Lindgren* t. f. prov.-läk. i Bergs distr. 4 juni—3 aug. (s).
Lic. *O. Wiklander* t. f. prov.-läk. i Nederkalix distr. 10—30 april (t).
Bitr. hosp.-läk. *A. Petrén* t. f. öfverläk., kand. *H. Fröderström* t. f. bitr. läk. och lic. *Ulrika Eriksson* t. f. amanuens v. Stockholms hosp. 14 april—13 juni (t).

Kand. *A. Norberg* t. f. bitr. hosp.-läk. i Göteborg 1—30 april (t).
Lic. *S. Holmblad* t. f. prov.-läk. i Sundsvalls distr. 17 april—16 maj (s).
Kand. *S. Tengström* t. f. ex. läk. v. allm. garnisonssjukhuset 16 april —30 juni.
F. d. bat.-läk. *E. Kolm* t. f. ex. läk. v. Södermanlands reg:te (bev.-rekr.-skolan + reg:tsöfn:r).

Död:

F. d. regementsläkaren, medicine licentiaten och filosofie doktorn m. m. *Claes Vilhelm Gabriel Nylander* afled i Ängelholm den 12 dennes vid 72 års ålder.

Öfversikt af sammandragen af epidemirapporter

för halfva månaden 1—15 mars 1907.

	Städer.					Landsbygd.				
	Nervfeber	Skarlakans-feber	Difteri	Rödsot	Summa	Nervfeber	Skarlakans-feber	Difteri	Rödsot	Summa
Stockholm	—	36	49	—	85	—	—	—	—	—
Stockholms län	—	1	1	—	2	1	17	15	—	33
Uppsala	—	2	5	—	7	—	28	12	—	40
Södermanlands	—	—	2	—	2	—	7	13	—	20
Östergötlands	2	3	9	—	14	23	26	2	—	51
Jönköpings	—	—	27	—	27	1	10	25	2	38
Kronobergs	—	—	—	—	—	—	2	5	—	7
Kalmar	—	—	10	—	10	—	7	7	—	14
Gotlands	—	11	—	—	11	—	14	2	—	16
Blekinge	—	—	15	—	15	—	—	13	—	13
Kristianstads	—	—	6	—	6	—	2	49	—	51
Malmöhus	2	1	25	—	28	—	13	49	—	62
Hallands	1	3	1	—	5	2	1	37	—	40
Göteborg	—	13	14	—	27	—	—	—	—	—
Göteborgs o. Bohus	—	—	—	—	—	1	1	27	—	29
Älfsborgs	—	—	4	—	4	—	13	24	6	43
Skaraborgs	—	3	1	—	4	3	11	10	—	24
Värmlands	—	—	—	—	—	—	—	9	—	9
Örebro	—	1	1	—	2	—	2	3	—	5
Västmanlands	1	4	2	—	7	—	8	23	—	31
Kopparbergs	—	—	—	—	—	—	1	4	—	5
Gäfleborgs	—	5	2	—	7	—	12	19	—	31
Västernorrlands	—	3	1	—	4	—	3	10	—	13
Jämtlands	—	7	1	—	8	—	3	1	—	4
Västerbottens	—	—	—	—	—	—	—	8	—	8
Norrbottens	—	—	1	—	1	2	—	11	—	13
Summa	6	93	177	—	276	33	181	379	8	601

Summa sjukdomsfall i hela riket nervfeber 39, skarlakansfeber 274, difteri 556, rödsot 8. — *Akut barnförlamning* 4 fall (i Norrbottens län). — I Jönköpings stad 27 fall af difteri, i Linköpings distr. 22 fall af nervfeber.

Rättelse:

I föregående n:r sid. 252 rad. 12 nedifr. står (39 %) läs (3 %).

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 26 april 1907.

4:e årg. | Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER. | N:o 17.

Innehåll: PATRIK HAGLUND: Skoliosfrågan från icke-specialistens synpunkt. — Läkarnes ställning till sjukkassorna. — LUDVIG MOBERG: Än en gång »Om användandet af steril pasta vid sondering». — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser.

Skoliosfrågan från icke-specialistens synpunkt.

Af

Patrik Haglund.

I. Undersökning; diagnos; ätiologi.

I den uppsjö af ortopedisk speciallitteratur, med hvilken den medicinska litteraturen under de senaste 2—3 årtiondena riktats, intager skolioslitteraturen numerärt och till volymen en mycket stor plats, kanske den största. Och detta är ju helt naturligt, då enligt alla deformitetsstatistiker, hur och hvar de än äro uppgjorda, skoliosen är den vanligaste af alla deformiteter. Jämför man innehållet i denna väldiga skolioslitteratur med den litterära produktionen under samma tid på andra hufvudområden af ortopedin, såsom den kongenitala höftledsluxationen eller den medfödda klumpfoten m. fl. viktiga hufvudkapitel, finner man emellertid en mycket karaktäristisk skillnad. Rörande dessa senare deformiteter står de senare årens litteratur på det mest eklatanta sätt så att säga i terapins tecken; allt eller i hvarje fall det mesta af allt, som skrifvits, rörande en hel del deformiteter utmynnar i arbete på terapins förbättring, och man kan också lugnt säga, att ortopedernas arbete i detta syfte i allmänhet krönts med stor framgång. Ur den rikliga skolioslitteraturen och det praktiska och vetenskapliga arbete, som ligger bakom densamma, har däre-

mot — möjligen med frånseende af arbetet å förbättrad bandageteknik — framgått mycket obetydliga terapeutiska landvinningar. Däremot har en stor mängd teoretiskt särdeles värdefulla arbeten om skoliosens anatomi och mekanik sett dagen. Skoliosen, eller åtminstone många former af densamma, har tydligen visat sig så svårbehandlad, att många af de praktiskt arbetande ortopederna, framförallt de ledande ortopediska kirurgerna, rätt mycket vändt sin håg från detta stora arbetsfält till de områden af ortopedin, å hvilken deras ej sällan mödosamma arbete krönts med mera påtaglig framgång. Skoliosen har varit — och kommer nog så att ännu en tid förblifva — den moderna ortopedins styfbarn. Tecken tyda dock därpå, att skoliosfrågan håller på att ånyo tagas upp på allvar från praktisk-terapeutisk synpunkt. Det förefaller dessutom, som om hela skoliosfrågan äfven från teoretisk synpunkt stode inför en grundlig revision, som snart kan komma att i mångt och mycket influera på vår traditionella, alltför chablonmässiga uppfattning om de viktiga ryggradskrökningarna. I samma mån som specialisterna kunnat ur nya synpunkter framlocka något, som ej enbart är af teoretiskt (anatomiskt och mekaniskt) intresse, utan äfven kan omsättas i resultatgifvande terapi, kommer allmänpraktikern att få anledning att mera intressera sig för de talrika skoliospatienter, som söka hans råd. Efterföljande kortfattade och på grund af det trånga utrymmet rent af fragmentariska framställning afser blott att omnämna några praktiskt viktiga rön och uttalanden, som på sista tiden framkommit samt att i anslutning därtill belysa några hufvudsaker vid skoliosfallets bedömande, hvilka ej bör vara någon läkare främmande, som har att undersöka och gifva råd åt en skoliospatient. Jag måste därvid förutsätta de hittills allmänt gängse uppfattningarna och föreställningarna om skoliosens uppkomst, natur, undersökning och behandling såsom för läsaren väl bekanta.

Först då några ord om skoliospatientens undersökning. I de allra flesta fall fäster sig undersökaren alldeles för ensidigt och chablonmässigt vid processus spinosi och deras sammanbindningslinie, vid sidokonturerna af bålen samt vid skulderhöjden och vid genast i ögonen fallande refbenspucklar o. dyl. Särskildt anser man sig ej sällan hafva sakläget klart, då man med tillhjälp af den tänkta eller uppritade sammanbindningslinien mellan processus spinosi konstaterat en så och så beskaffad deviation af »ryggraden» till höger eller vänster eller bådadera i olika delar af ryggraden. Endast i samband med en hel del andra viktiga observationer och endast med mycken kritik

använd kan denna interspinallinie gifva en något så när riktig uppfattning af sakläget.

Allra först må då framhållas, att man aldrig får studera ryggraden från bäckenet till kraniet såsom en isolerad skelettdel, hvilkens krökningar äro något alldeles för sig själft. Den, som mycket sysslat med skelettdeformiteter, lär sig mycket snart att aldrig studera och bedöma en skelettdeformitet, isolerad för sig själf, utan alltid i samband med närliggande skelettdelar och ledgångar. Alldeles särskildt gäller detta om deformiteterna i den stora del af skelettet, som har en i första hand rent uppbärande uppgift, således de nedre extremiteterna, bäckenet och ryggraden. Alla belastningsdeformiteter, till hvilka det öfvervägande antalet skolioser hör, bero ytterst på en disproportion mellan uppburen vikt och bärförmåga, mellan statiskt kraf och statisk kapacitet och kan vid en dylik disproportion, som kan uppkomma af tusen alldeles olika anledningar, en belastningsdeformitet uppträda i den ena eller andra delen af det uppbärande skelettet. Men denna primära formförändring å en viss skelettdel kan aldrig förbli isolerad; af naturliga skäl måste alltid en närliggande skelettdel genom sekundär deformation på ett eller annat sätt kompensera den primära. Och alldeles särskildt bör naturligtvis här framhållas, huru en deformitet eller asymmetri å de nedre delarna, benen och bäckenet, alltid måste taga sig ett eller annat kompensatoriskt uttryck i högre upp belägna delar af samma uppbärande skelettbyggnad. Detta är ju så självklart, och dock visar erfarenheten, att detta förhållande allt för ofta förbises.

Har man därför fått en första öfverblick öfver ryggens utseende, bör man genast gå till ett noggrant studium af bäckenets och benens förhållande. I själfva verket börjar studiet af en skolios med studiet af patientens fötter, alldeles som då den, hvilken vill finna anledningen till att ett hus lutar, genast studerar grunden.

Vi börja således vårt noggrannare studium af vår skoliospatient med studiet af de nedre extremiteterna, och vi komma då genast in på den praktiskt viktiga frågan om den statiska skoliosen. Enligt moderna begrepp är naturligtvis hvarje skolios i mekanisk mening statisk; ty den yttersta anledningen till ryggradens eftergifvande för belastningen må vara hvilken som helst, utlösningen af den eller den formen af skolios måste i alla fall vara en oriktig belastning i något segment. Endast på basen af en af någon anledning uppkommen sned belastning af ryggraden kan skoliosen uppträda och utveckla sig till sin af anatomiska och mekaniska anledningar alltid en viss typ antagande form. Namnet statiska skolioser har emellertid sedan

länge begagnats för de skoliosfall, hvilka synas bero på en olika benlängd. Om den statiska skoliosen — sedan långliga tider väl känd — har under årens lopp skrifvits mycket, och jag har här så mycket större anledning att yttra något om densamma, då frågan på sista tiden varit föremål för behandling äfven i vår svenska medicinska litteratur. *(P. Silfverskjöld.* Hygiea 1906, s. 224).

Det är en praktiskt utomordentligt viktig sak att hafva klart för sig, att en mycket stor procent af de skolioser, som komma till läkareundersökning, bero på eller åtminstone förefinnes samtidigt med en motsvarande benlängdsdifferens, och ingen van skoliosterapeut underlåter att i främsta rummet fästa sig vid detta förhållande, och försöka utreda, huruvida den i det enskilda fallet förekommande skoliosen beror på en eventuellt förefintlig benasymmetri eller ej. Det är så mycket viktigare, som saken i hög grad influerar på behandlingens anordnande.

Det är ju utan vidare alldeles klart, att, om det ena benet af någon anledning är kortare än det andra, ett i öfrigt något så när symmetriskt bäcken måste blifva snedställdt. Då ryggraden praktiskt taget i de flesta fall stiger lodrätt från bäckenets normala horizontalplan, måste ju en dylik bäckenlutning åstadkomma ett öfverfallande af bålen mot det lägre benets sida, hvarvid kroppens tyngdpunkt naturligtvis betydligt aflägsnas från stödjeytans sagittala midtlinje. Endast genom en kompensatorisk skolios kan tyngdpunkten återföras till midtplanet. Så är också uppkomstmekanismen för en stor mängd såväl lindrigare som svårare skoliosfall. Ja, om man haft tillfälle att noga studera ett större skoliosmaterial, känner man sig frestad att tro, att de allra flesta skolioser hafva sin upprinnelse i anatomiska skelettvariationer och då allra oftast i en genom benlängdsasymmetri förorsakad bäckensidolutning.

Benlängden mätes på många sätt, och det vanligaste är utan tvifvel att mäta — i patientens symmetriska ryggläge — afståndet Sp. il. ant. sup. till spetsen af malleolus ext. För mätningar med anspråk på precision är detta mått af många skäl, som en stor mängd undersökare framhållit, alldeles oduligt. Någorlunda föreställning om benens längd gifver emellertid måttet, och detsamma kan därför med rätt stor fördel brukas vid approximativa kirurgiska mätningar. Vid skoliospatientens undersökning får man emellertid på ett vida mera praktiskt sätt benlängdsdifferensen uppmätt genom att med underlägg i stående ställning utjämna bendifferensen. Man använder därvid bäst ett antal träskifvor af $^1/_2$ cm. tjocklek. Man lägger dessa under det kortare benet till dess framifrån sedt sp. il.

ant. superiores stå lika högt, något som ögonmåttet skarpt angifver; en lineal med ett därpå placeradt vattenpass gifver naturligtvis ändå säkrare besked. Äfven kan man genom att bakifrån lägga händerna på höftbenskammarna få en mycket säker föreställning om, huruvida dessa befinna sig i samma höjd. Har man ej underlägg för ändamålet, lägger man böcker eller tidskriftshäften, och uppmäter sedan underläggets tjocklek. Äfven vid denna mätmetod göra en mängd felkällor måttet skäligen approximativt; men en för behofvet fullt tillräcklig föreställning om differensen mellan bägge sidornas funktionella benlängd erhålles dock; och det är just denna differens, som vi för vårt ändamål behöfva. Vid bålmätning i *Zanders* i vissa afseenden särdeles utmärkta mätningsapparat, får man det ena eller bägge dessa mått liksom »på köpet» vid bålens uppmätning. Samtidigt med att man gör denna särdeles enkla mätning, observerar man bakifrån och framifrån, hvilken effekt korrektionen af benlängdsdifferensen har på thoraxdeformiteten och ryggradens krökningar. Detta är viktigt, då det ger hållpunkter för terapin, till hvilken jag längre fram återkommer. Att man vid förekomsten af benlängdsdifferens ser efter, om någon speciell anledning, fot-deformitet, knäledsåkomma etc., som kan blifva föremål för terapeutiskt ingripande, förefinnes, är ju självklart.

Från benens studium fortsätter man uppåt till bäckenet. Större asymmetri härå torde dock sällan vara anledning till skolios.

Först sedan dessa undersökningar blifvit företagna, är det skäl att närmare studera ryggen och i främsta rummet då den uppritade sammanbindningslinien mellan proc. spin. Denna linie är af gammalt använd som en index på skoliosens art och grad. Det må då genast framhållas, att denna linie är en utomordentligt dålig index på skoliosens kvalitativa och kvantitativa beskaffenhet. Ty det är ej spetsarna af proc.-spin. och deras läge i förhållande till hvarandra, som vid studiet af en skoliospatient intresserar oss, utan det är om kotkroppspelarens beskaffenhet, vi vilja förvissa oss. Och här behöfver knappast närmare utvecklas, huru otjänlig spetsen af proc. spin. är som indikator på vederbörande kotkropps läge i förhållande till det sagittale midtplanet. En ringa vridning af kotan kring kotkroppscentrum gifver ett väldigt utslag åt sidan af spetsen på proc. spinosus, hvilken således kan markera en sidoförflyttning, som ej alls motsvaras af en liknande sidoförflyttning af kotkroppen. Å andra sidan kan — som i nästan hvarje fall af utbildad skolios är fallet — kotkroppens sidoafvikning från midtplanet vara ganska stor, under det att proc. spin. ej är nämnvärdt förskjuten från ryggens midtlinie, ja,

ej sällan kan proc. spin. vara förskjuten något åt vänster, fastän kotkroppen i självfva verket företer en högersidig afvikning. Den, som ej använder mycken kritik vid användning af proc. spin. som index för kotornas läge och ej förstår att med tillhjälp af andra iakttagelser korrigera den genom sammanbindning af proc. spin. erhållna ryggradsbilden, kommer lätt att af sina iakttagelser draga fullständigt oriktiga slutsatser om den föreliggande skoliosens art och grad. Många ganska oriktiga uppfattningar, som ännu äro i svang rörande skoliosformerna, bero utan tvifvel på ett chablonmässigt bedömande af skolioserna efter proc. spin. läge.

Lyckligtvis hafva vi andra tecken till kotkropparnas sidoafvikning än proc. spin., och medelst sammanställande af alla observationer, få vi i självfva verket en mycket god föreställning om det verkliga sakläget. Härvid behöfva vi ej tillgripa de svåråtkomliga och dyrbara Röntgenstrålarna, hvilka under förutsättning af ett omsorgsfullt användande naturligtvis gifva en mycket exakt föreställning af kotkroppspelarens sidodeviationer; på en Röntgenbild af en skoliotisk torax ser man allra bäst, hvilken högst betydlig skillnad det i självfva verket är mellan proc. spin-liniens och kotkroppspelarens förlopp. Ty uti refbenspuckeln och den ofta förefintliga lumbalpuckeln, hafva vi ett utmärkt medel att studera självfva kotkroppspelarens förhållanden. Och man skall ej föreställa sig att dessa bålutbuktningar, hvilka till skillnad från kyfotiska pucklar enklast borde benämnas sidopucklar, blott förekomma vid tämligen höggradiga skoliosfall. Redan vid en mycket lindrig habituell skolios ser man dem tydligt, om man blott undersöker på rätt sätt. Om man ställer sig framför patienten och låter henne med slappt nedhängande hufvud och armar göra framåt-nedåt-böj, ser man de tydliga pucklarna, vanligen en i dorsalregionen och en i lumbalregionen. De åstadkommas ju genom anguli costarum och processus transversi i lumbalregionen, och äro ett det säkraste bevis på kotrotationens förekomst; de gifva äfven en god föreställning om graden af densamma. Förefinnes det en sidopuckel t. ex. till höger i dorsalregionen, har därstädes kotkropparna en afvikning åt höger, äfven om, såsom stundom händer, proc. spin.-linien, utritad å ryggen, visar en deviation åt vänster. Det är ytterligt viktigt att vid bedömandet af en skolios förstå att studera och bedöma dessa förhållanden; och vid den gymnastiska behandlingens anordnande kan ett förbiseende däraf leda till en alldeles oriktig behandling — något som i verkligheten ej sällan sker. Bristande uppmärksamhet på detta förhållande har vidare möjligen ledt till talet om »konkavtorsion», som på sista tiden upprört skolios-

världen. Sedan länge är det ju teoretiskt och experimentellt ådagalagdt, att en torsion af den enskilda kotan vid en ryggradsskolios måste på grund af anatomiska och mekaniska förhållanden ske så, att kotkroppen roteras åt konvexitetssidan. En amerikansk ortoped med stort rykte, *Lovett*, har nu på en af de sista ortopedkongresserna framhållit, att s. k. konkavtorsion förekommer. Utan att på något sätt kunna leda detta mitt påstående i bevis, tror jag dock, att någon bristande observation af ofvan nämnda, ofta allt för förbisedda förhållande ledt till denna Lovetts uppfattning, hvilken i alla händelser, om den skulle befinnas sann, skulle nödvändiggöra en fullständig revision af hela den nu gängse skoliosteorin.

Likaså har man ibland talat om konträrt läge af skulderbladen. Det skulderblad, som motsvarar dorsalkonvexiteten står nämligen i regel högre än det andra; någon gång ser man det motsatta förhållandet; det torde då åtminstone emellanåt bero på, att proc. spin.-linien, efter hvilken man alltför slafviskt och chablonmässigt rättar sig, är missvisande.

På tal om skulderbladshöjden må äfven här nämnas, att man ej sällan vid undersökning af skoliospatienter finner en stor differens i skulderbladshöjden, som ej till sin grad står i rimlig proportion till den förefintliga sidoafvikningen. Man har då oftast för sig ett fall af *Sprengels* deformitet, det ej allt för sällsynta medfödda högläget af ena skapulan. Det är viktigt att observera detta, ty en dylik höjddifferens influeras naturligtvis ej i minsta mån af gymnastisk behandling, äfven om densamma skulle influera korrigerande på den förefintliga skoliosen.

Genom ett noggrant aktgifvande på alla dessa förhållanden far undersökaren en ganska god föreställning om deformitetens art och grad. Låter man sedan patienten utföra rörelser, böjningar och vridningar, och låter man, om tillfälle gifves, patienten hänga i armarna — detta kan för öfrigt väl ersättas genom att själf bakifrån lyfta den sittande pat. i armarna — får man reda på ryggradens mobilitet resp. rigiditet i dess olika delar. Observerar man slutligen allmänna kroppskonditionen, ryggmusklernas utveckling, skillnaden emellan gifaktställning och slapp, hopsjunken hållning, är man rätt väl rustad för att bilda sig en föreställning om fallet och att kunna gifva ett därefter afpassadt råd.

Innan jag öfvergår till att säga några ord om olika skoliosformer, kan det emellertid vara skäl i att nämna något om skoliosmätning. För den, som ej sysselsätter sig med behandling af skolioser, är all uppmätning af skolioser tämligen värdelös. Man får utan någon som helst mätning en god föreställ-

ning om sakläget. Vid behandlingen af skolioser är deremot mätningen utmärkt som en protokollföringsmetod, med tillhjälp af hvilken skolioserna kunna journalföras på ett vida enklare sätt än genom någon annan metod. Huru svart det är att riktigt mäta skolioser framgår däraf, att det finns åtminstone 75 à 100 olika metoder att mäta och registrera skolioser. Bäst sker dylik mätning med större för ändamålet konstruerade mätningsinstrument, af hvilka *Zanders* och *Schulthess* äro de mest fulländade. A båda studerar man alla de faktorer, som äro af vikt att observera vid bedömandet af en skolios, och resultaten af dess behandling. Mätningsresultatet registreras i form af schematiska teckningar. Dessa teckningar äro då ett värdefullt material vid bedömandet af det enskilda fallets förändringar, men hafva sin allra största betydelse som ett arkiv för framtida studier. De Zanderska skoliosmätningarna hafva dessutom en rent praktisk betydelse, i det att den skematiska teckningen är gjord på så indeladt papper, att man kan ställa in apparaterna, som användas vid skoliosbehandlingen, efter detta skema. Detta är en utomordentlig tidsvinst; men det kan sättas ifråga, huruvida det ej är bättre att, såsom å andra håll sker, patienten själf af den sakkunnige läkaren inplaceras i olika korrektionsapparater, hvilka då med större finess kunna apteras till det enskilda fallet. Äfven fotografering spelar på moderna ortopediska institut en stor roll för studiet af skoliosfall. Dock maste fotograferingen ske med en mycket stor precision, om den ej skall bli alldeles förfelad. På sista tiden har Röntgenundersökningen tillkommit. Den spelar uteslutande en roll för vetenskaplig forskning, men har ingen användning i registreringssyfte eller för att studera förändringar i det enskilda fallet. Det kan därför ej anses tillständigt, att, såsom här i Stockholm stundom lär ske, gymnaster sända skoliospatienter till Röntgenfotografering tid efter annan. Af detta förfaringssätt, som naturligtvis duperar kritiklösa patienter, men som i hög grad fördyrar en redan dessförutan dyrbar behandling, har patienten ingen som helst nytta. Alla dessa tidsödande undersökningar med dyrbara undersökningsmetoder kunna af naturliga skäl endast brukas å större, ortopediska institut. Vid mindre verksamhet är väl uppmätandet med tillhjälp af den hos oss af gymnaster och gymnastikläkare allmännast använda, af *Mikulicz* konstruerade och af *Levin* modifierade skoliosmätaren. Dess konstruktion och användning framgår af den i hvarje instrumentmakarekatalog förekommande afbildningen. Möjligen kan äfven precisionsfotografering vara fördelaktig i smärre förhållanden, om nämligen vederbörande fotograferar själf, i annat fall blir metoden allt-

för dyrbar. Den måste, som hvarje med fotografering förtrogen person vet, ske med stor precision med hänsyn till inställning, dagerförhållanden etc. Det är ingen konst att samtidigt fotografera en skolios, så att den å en bild ser fruktansvärdt höggradig ut, men på en annan visar sig mycket obetydlig. Sådana fotografier användas i reklamsyfte af kvacksalvare-institut och bandagister i stor utsträckning.

Har praktikern således genom en så vidt möjligt grundlig undersökning fått en uppfattning af skoliosfallets form och grad, möta genast de viktiga frågorna: Kan och bör någon behandling af patienten i hemmet under läkarens direktion anordnas, eller om så ej befinnes vara fallet, hvilka behandlingsmöjligheter finnas för en skoliospatient i olika fall. Den första frågan synes hos oss lätt att besvara, då väl läkaren hos oss i de flesta fall alldeles afstår från tanken på att själf behandla de skoliospatienter, som han i sitt klientel påträffar. Tid efter annan uppkomma emellertid en del mera välmenta än för patienterna gynsamma förslag att delvis öfverföra skoliosbehandlingen till familjeläkarens gebiet. Och då särskildt nyligen dylika förslag väckt ett visst uppseende, kan jag ej underlåta att längre fram nämna något om allmänpraktikerns möjligheter att själf anordna eller dirigera en skoliosbehandling. Innan jag öfvergår till den viktiga terapifrågan, åt hvilken jag af utrymmesskäl måste egna en särskild artikel, skall jag afsluta denna lilla, fragmentariska framställning med några notiser om den mera speciella skoliosdiagnostiken. För att kunna yttra sig om den behöfliga terapin måste man nämligen noga särskilja olika skoliosformer. En skolios och en skolios kan vara vidt skilda saker och skoliosterapin är långt mindre chablonmässig, än man hos oss hittills i allmänhet haft anledning att antaga.

Vid benämnandet af skolioserna användas ju af gammalt en del beteckningar och namn, i allmänhet hänförande sig till själfva ryggradskrökningens anatomiska form. Man talar om C-formig, S-formig skolios; dorsalskolios, lumbalskolios o. s. v., o. s. v. Alla dessa uppdelningar äro praktiskt af mycket litet värde och ej sällan alldeles vilseledande. I alla händelser säga dessa vanligen använda benämningarna mycket litet om själfva skoliosens natur. Och det är efter en sjukdoms natur och — såvidt det kan erueras — dess orsaker, vi numera rikta vårt ingripande. Vi kunna således här alldeles lämna åsido dessa termer, praktiska nog för den som håller på med gymnastisk terapi, men ätiologiskt alldeles värdelösa. Om läkaren, vida mera än hittills brukligt varit, vid studiet af det enskilda skoliosfallet, i stället för att försjunka i spekulationer öfver skoliosens form genast gick fallet inpå lifvet med frågan: »Hvad be-

ror detta fall af ryggradskrökning på ?, skulle [illegible] sko-liosfrågan blifva mycket riktigare bedömd till patienternas [illegible] båtnad. Och just i detta afseende står skoliosfrågan [illegible] — eller rättare midt uppe i — en verklig revision. Just på [illegible] tiden har denna fråga trängt i förgrunden och en [illegible] viktiga rön hafva gjorts, som spela stor roll för vår upp[illegible] och vårt handlande.

Några former äro från ätiologisk synpunkt alldeles k[illegible] och vålla diagnostikern ej ett ögonblicks bekymmer, lik[illegible] jag längre fram skall ytterligare något beröra, de terap[illegible] indikationerna äro nästan självklara. Utan något anspråk [illegible] fullständighet vill jag här beröra några viktiga typer.

Så hafva vi att börja med den sällsynta men mycket typ[illegible] kongenitala skoliosen. Sannolikt uppkommen genom ett f[illegible] i uterus, är den således exempel på en s. k. intrauterin be[illegible]ningsdeformitet. I dessa fall, som uppkomma redan in[illegible] ryggmusklerna hafva någon nämnvärd funktion, utgöres deformiteten i allmänhet af en enkel krök af hela bålen; densamma har sannolikt helt enkelt legat pressad i en sidoböjd båge. Här skulle man således verkligen kunna tala om en total C-formig skolios, något som annars i själfva verket aldrig kan förekomma. Finnes nämligen någon funktion i muskulaturen i någon del af ryggraden, eller funktionerar ryggraden som uppbärande organ, måste motkrökar kompensatoriskt uppkomma. Mycket sällsynt, spelar denna skoliosform en mycket liten praktisk roll.

En annan vida vanligare, men lika typisk skoliosform är den paralytiska i anslutning till poliomyeliter o. dyl., ofta förekommande tillsammans med extremitetförlamningar, men någon gång utgörande den enda följden af en genomgången barnförlamning. Någon närmare beskrifning af dessa skolioser, hvilka äro mycket intressanta, då de till sin anatomi och mekanik äro rätt mycket afvikande från de skolioser vi oftast möta, kan jag ej här — af utrymmesskäl — gifva, då diagnosen är lätt och terapin dessutom själfklar.

I den rakitiska skoliosen finna vi ytterligare en skoliosform, som redan i namnet har sin ätiologi angifven. Detta namn missbrukas ofta, och det allmänna bruket att kalla nästan hvarje höggradig skolios — alltså hvarje skolios med stor sidoafvikning och stora fixerade pucklar för rakitisk är säkert alldeles oriktigt. Endast om en dylik skolios till sitt första uppträdande kan spåras ända tillbaka till rakitisåldern, har man rätt att kalla den rakitisk; en af annan orsak uppkommen skolios kan bli lika grav, utan att rakit är anledningen. Rakitisk bör man därför helst blott använda som beteckning

på de ej sällsynta skolioser, som upptäckas i den egentliga rakitisåldern, ofta redan innan barnet börjat gå eller ens spontant sitta uppe. Sättes barnet icke desto mindre upp på sköterskans arm eller på annat sätt, uppkommer lätt hos rakitikern en skolios, som i detta tidiga stadium kan likna en enkel C-form, men som i själfva verket i samma mån, som ryggraden börjar att något funktionera som uppbärande pelare, mycket hastigt utbildas med typiska kompensationer. De allra flesta skolioser, som i tidigare barnaår uppkomma, äro, då ej uppenbara statiska orsaker föreligga, nog att datera från en verkligen rakitisk skolios. Och de kunna naturligtvis som alla skolioser under årens lopp utbilda sig till grava skolioser, äfven om rakiten för länge sedan är aldrig så utläkt. Har engång en sidoafvikning börjat, sträfva alla mekaniska momenter att öka densamma och att så småningom gifva densamma en viss från den allra första sneda belastningen alldeles skild typ, gemensam för alla skolioser. Ju tidigare en skolios uppkommer desto lättare kan den säkert nå grava former. Detta är skälet till den allmänna benägenheten att chablonmässigt, utan vägande skäl kalla hvarje höggradig skolios rakitisk.

Andra skoliosgrupper med påtagligt ätiologiskt moment äro de skolioser, som uppkomma i samband med thoraxretraktion; andra cicatriciella skolioser m. fl. former, vid hvilka orsaken vid första blicken ligger klar.

Frånse vi alla dessa ätiologiskt väl karakteriserade skolioser, återstå 2 stora grupper, den statiska och den s. k. habituella skoliosen. Dessa, som vanligast möta oss och utgöra den grupp af skolioser, om hvilken nästan all skolioslitteratur sedan årtionden rör sig, äro omöjliga att skilja åt och ej sällan omöjliga att till sin ätiologi klarställa. Man måste taga dem tillsammans i en grupp. Ty dels äro de allra flesta s. k. habituella skolioser uppenbart af s. k. statiskt ursprung; dels säger hvarken begreppet statisk eller begreppet habituell egentligen det allra minsta om ätiologin eller skoliosens verkliga natur. Dessutom äro de s. k. habituella skolioserna i de allra flesta fall förenade med en benlängdsasymmetri; därmed ingalunda sagdt, att den lilla skillnaden i benlängd verkligen kan anses vara orsaken till skoliosens utveckling. Då en mängd individer med rätt stor differens mellan benens längd kunna lefva hela lifvet igenom utan att den ringaste grad af skolios utbildas, är det uppenbart, att något moment måste komma till för att skoliosen skall uppkomma. Och det är just det karakteristiska med denna stora grupp skolioser, att vi trots så mycken forskning på området af skolhygienici, ortopeder och gymnastikläkare,

fortfarande egentligen röra oss med fullkomligt hypotetiska storheter i all debatt om dessa sidokrökningars uppkomst.

På sista tiden hafva praktiskt arbetande ortopeder, i främsta rummet *Schanz*, sökt genom att förenkla framställningen af dessa skoliosers natur och uppkomst sökt sätta en mera praktisk och för framtiden kanske mera resultatgifvande prägel på skoliosdebatten. Och af hans praktiska resonemang, hvilket flyttar skoliosfrågan så att säga från anatomin och mekaniken direkt in i den praktiska verkligheten, vill jag här antydningsvis resummera det viktigaste. En särdeles god framställning af hela denna sida af skoliosfrågan återfinnes i S:s nyligen utgifna bok »*Schule und Skoliose*», till hvilken den intresserade hänvisas.

Låt oss kort och godt tänka oss alla skolioser som belastningsdeformiteter, hvilka samt och synnerligen helt enkelt bero på att krafvet på en skelettdels uppbärande förmåga är större än skelettdelens bärkraft, med andra ord: det statiska krafvet är större än den statiska kapaciteten. Orsaken kan således vara antingen ökad belastning (af en massa olika anledningar) eller minskad förmåga att fylla ett kanske normalt eller mindre än normalt kraf (likaledes af en mängd olika anledningar). På basen af detta för alla belastningsdeformiteter gällande enkla betraktelsesätt kan man uppställa ett skema, i hvilket man kan få in snart sagdt hvilket skoliosfall som helst. Jag återgifver här Schanz's skema, något modifieradt.

Vi se, huru vi i detta schema kan få in så godt som alla vanliga skolioser; det kan utökas nästan i det oändliga. Om man i allmänhet om ryggradens belastningsdeformiteter (skemat gäller naturligtvis äfven afvikningarna i sagittalplanet) resonerade på detta enkla sätt skulle skoliosfrågan ej förefalla så komplicerad och ointressant. Liksom man börjat tala om »*insufficientia pedis*» vid de vanliga, på så skiftande orsaker beroende belastningsbesvären i fötterna, kunde man med samma skäl sammanfatta alla dessa belastningskrökningar under benämningen »*insufficientia columnæ vertebralis*».

Af stort intresse är, att *Schanz* vid sin närmare analys af den s. k. habituella skoliosens vanliga orsaker kommit till det säkert mycket riktiga resultatet, att alla dessa skolhygieniska åtgärder, som företagits i form af speciella skolbänkar, lämpliga ljusförhållande, ändrad skrifstil o. s. v. spela mycket liten roll vid skoliosens bekämpande. Skolan tillmäter han ej så särdeles stor betydelse genom den sneda hållning, som tilläfventyrs af en eller annan anledning därstädes med förkärlek intages. Däremot verkar den långa oafbrutna belastningen — utan något afbrott af musklernas spel vid gång och språng — i sittande

Ryggradens belastningsdeformiteter

Statiska krafvet större än statiska kapaciteten					
Ökning af det statiska krafvet			Förminskning af den statiska kapaciteten		
Höjning af lastens vikt	Förlängning af tiden för belastningen	Asymmetrisk belastning	Förminskning af benets fasthet	Förminskning af mjukdelarnas fasthet	Asymmetrisk hållning af ryggraden
Korpulens. För tunga kläder. Skolväskor. Tunga bördor (ungdomliga tegelbärare etc.)	Ålderdom. Sittande för länge på skolbänken (skrifvare, urmakare).	Ständigt ensidigt bärande af bördor. Dålig hållning på skolbänken. Bäckenlutning (statiska skolioser) m. m.	Medfödd mindervärdighet, rakit, osteomalaci. Svaghet efter långvariga sjukdomar. Sängläge. Pubertetsåren. Senium. Inaktivitätsatrofi.	Medfödd muskelsvaghet. Förlamningar m. fl.	Dålig hållning på skolbänken. Dålig hållning vid nässjukdomar m. m. Anatomiska variationer.

ställning ytterst skadligt. 45 à 50 minuters stillasittande gifver enligt *Schanz* ovillkorligen uttröttning, som kan utmynna i en skoliosbildning. Alldeles särskildt gäller detta om på annat sätt fysiskt mindrevärdiga barn, som genom detta långvariga sittande lätt blifva alldeles fördärfvade. *Schanz* vill därför — som så många andra redan ofta framhållit — att i skolorna för svaga barn gifvas alldeles särskilda bestämmelser och anordningar. *Schanz* betonar emellertid skarpt, att ingen nation någonsin kommer att blifva skoliosfri genom förbättrad skolhygien. De så att säga negativa faktorerna, (högra hälften af schemat) ligga i allmänhet djupare, än att förbättrade skolförhållanden kunna undanröja dem. Och häri måste man gifva honom rätt.

På sista tiden har man kunnat, tack vare Röntgenstrålarna, ur den stora gruppen habituella och statiska skolioser afskilja en alldeles särskild, mycket karakteristisk grupp. Man observerar emellanåt — ej alltför sällan bland ett större antal skoliosflickor en alldeles särskild typ, rätt väl eller rättare sagdt ganska illa känd af vana skoliosterapeuter. Det äro de högt upp i öfre dorsalregionen och dess öfvergång i cervikalregionen belägna höggradiga skolioser, som förefalla att vara primära, och hvilka i allmänhet äro fixerade och i regel mycket otillgängliga för all terapi. Röntgenstrålarna hafva afslöjat dessa såsom i allmänhet beroende på anatomiska variationer, oftast ensidigt förefintligt halsrefben, eller stundom felbildade eller defekta kotor o. s. v. Att dessa äro otillgängliga för terapi är ju klart, i all synnerhet som de äro belägna just i den del af ryggraden, å hvilken aktiv eller passiv korrektionsterapi är svårast att anbringa. I de allra sista dagarna har framkommit ett ytterst intressant arbete af en amerikan, ***Böhm*** (»Über die Ursache der jugendlichen sogenannten habituellen Skoliose», Fortschr. auf. d. Geb. d. Rtgnstr. XI: H. 7, s. 24). Genom anatomiska studier i skelettsamlingar och genom särdeles väl utförda Röntgenundersökningar på skoliospatienter har han funnit, att man i ett mycket stort antal skolioser påträffar anatomiska felbildningar i ryggraden (öfvertaliga kotor, sneda kotor etc.), hvilka då naturligtvis kunna tillskrifvas kausal betydelse för skoliosens uppkomst. De skolioser, som uppkomma genom en af dylika anatomiska variationer uppkommande asymmetrisk belastning af ryggraden ofvanom felbildningen, äro ju att jämnställa med vanliga statiska skolioser. Man torde därför snart komma att afsöndra en stor och viktig grupp skolioser såsom beroende på skelettasymmetrier och felbildningar; i denna kommer då äfven att ingå alla de fall af skolios, där en förefintlig benlängdsasymmetri utlöser skoliosbildningen.

Sedan jag sålunda framställt några nyare synpunkter, som synas mig vara af intresse, skall jag i en kommande artikel öfvergå till att nämna några ord om skoliosbehandling.

Betänkande

afgifvet den 2 februari 1907 af den kommitté, som Fullmäktige för allmänna svenska läkarföreningen tillsatte den 27 augusti 1905 för att utreda frågan om läkarnes ställning till sjukkassorna.

Till fullmäktige för allmänna svenska läkarföreningen.

Sjukkasseväsendet har mycket gamla anor. Dess ursprung finner man i medeltidens gillen och skråföreningar, hvilka utdelade understöd åt sina medlemmar vid sjukdomsfall och åt deras efterlefvande vid dödsfall.

I Sverige äro de äldsta kända skråordningarna bältarsvennernas (sadelmakargesällernas) och skomakarnas. Den förra härstammar från tiden före 1437, den senare från tiden före 1474. Båda innehålla bestämmelser om hjälp vid sjukdom och dödsfall utom annat understöd. Gillena upphörde i allmänhet med medeltiden, men skråna öfverlefde denna tid och utbildades vidare. När skråämbetena i följd af fabriks- och handtverksordningen af 1846 upphörde, fortsatte i de större städerna en del af de gamla »ämbetslådorna» med sin verksamhet, en del upphörde alldeles, en del ombildades till understödsfonder för yrkets idkare. I de mindre städerna öfvertogo handtverksföreningarna skråkassornas uppgift. Redan under 1700-talet bildades själfhjälpkassor, som sökte sina medlemmar äfven bland andra yrkesidkare än handtverkarne, ja någon gång äfven i vidare kretsar. Men först omkring midten af 1870-talet erhöllo dessa kassor någon större tillväxt i och med bildandet af hundramannaföreningar och ordenssällskapens kassor.

År 1884 existerade enligt arbetarförsäkringskommitténs betänkande af 1889 inom Sverige öfver 1,100 hjälpkassor. Den 30 oktober 1891 tillkom lagen om registrerade sjukkassor. 1892 hade 221 kassor med 24,735 medlemmar låtit registrera sig. Den senast offentliggjorda officiella statistiken af år 1902 upptager 1,742 kassor med 321,025 medlemmar. Af dessa kassor stiftades 534 under perioden 1881—1890, 769 under perioden 1891—1900. De nu lämnade uppgifterna äro hämtade ur en framställning till Stockholms stadsfullmäktige af styrelsen för Stockholms reg. sjukkassors cen-

tralförsamling. De uppgifter, som i det följande lämnas angående svenska sjukkassor, äro till största delen hämtade ur kommerskollegi redogörelse för reg. sjukkassors verksamhet af år 1901. Detta år utgjorde sjukkassemedlemmarna 5,7 proc. af landets befolkning, år 1902 6,4 proc. Af sjukkassornas medlemmar 1901 voro 76,4 proc. män. I Stockholm utgjorde 1902 sjukkassemedlemmarna 22,4 proc. af befolkningen mot 17 proc. år 1884. De största kassorna äro Nykterhetsvännernas sjuk- och begrafningskassa reg. i Eskilstuna med 17,951 medlemmar, Nykterhetsfolkets sjukkassa reg. i Oskarshamn med 15,544 medlemmar och Enighet ger styrka i Stockholm med 12,825 medlemmar (1901). De registrerade kassorna få genom K. M:jts kung. af den 27 maj 1898 ett förvaltningsbidrag af högst 1,500 kr. beräknadt efter medlemsantalet (0,50 till 1,50 pr medlem). Endast 385 kassor lämna bidrag till »läkarvård, medicin o. d.». Särskilda siffror för läkarvård finnas icke. De härför (läkarvård, medicin o. d.) utbetalda belopp utgöra 89,444, utgörande en utgift pr medlem i stadskassorna af 1 kr. och 9 öre, i landsortskassorna 1 kr. och 47 öre i genomsnitt. De utbetalta beloppen utgöra endast 3,2 proc. af alla kassors samtliga utgifter. Häraf framgår, att det är ovanligt i Sverige att sjukkassorna utbetala arvode till läkare. Det är också detta, som gjort att läkarkåren i Sverige i det stora hela taget varit förskonade från de konflikter med sjukkassorna, som grannländernas läkarkårer haft att utkämpa. Antalet understödsdagar på hvarje sjukdomsfall är i genomsnitt 20, antalet sjukdomsfall på 100 medlemmar är 29, antalet understödsdagar för hvarje medlem 5,9. Kontanta sjukhjälpens storlek är i genomsnitt pr sjukdomsfall 24 kronor, pr sjukdag 1 kr. och 19 öre. Medlemmarnes årsafgift varierar från 3 till 12 kr. I allmänhet lämnas sjukhjälp under högst 13 till 26 veckor, lägst 3 dagar. Läkarbetyg är i regel ej obligatoriskt. I stad utöfvas kontroll genom sjukbesökare.

I Tyskland har läkarkåren måst utkämpa en hård kamp med sjukkassorna, som i detta land ha en utbredning och en makt som i intet annat. Anledningen, hvarför sjukkassorna här tagit ett så ofantligt uppsving, är sjukförsäkringslagen af 1883, delvis ändrad 1892. I afsikt att råda bot för att arbetare, som ådragit sig sjukdom, falla fattigvården till last, bestämmer denna lag, att alla, som mot lön för minst en veckas tid sysselsättas i gruf- och fabriksarbete, järnvägstjänst, byggnadsarbete, handtverk och handelsverksamhet etc., äro tvungna att tillhöra en sjukkassa. Andra arbetare, som icke tillhöra de försäkringspliktiga kategorierna, lägre tjänstemän och tjänare, som hafva intill 2,000 marks årsinkomst, kunna tillhöra en sjukkassa.

Utom de för personer, anställda i vissa uppräknade yrken afsedda s. k. tvångskassorna, finnas sjukkassor af annan art: ortssjukkassor, fabrikskassor, skråkassor etc., i hvilka försäkringspliktige få vara delägare endast under förutsättning, att kassan i fråga bjuder minst samma förmåner, som den tvångskassa han skulle tillhöra. På detta sätt kommer en afsevärd del af landets befolkning att tillhöra sjukkassorna: 1902 18,2 %. En motsvarande del af befolkningen undandrages därigenom att honorera läkarne efter vanlig taxa. De tyska kassorna gifva nämligen, i motsats till de svenska, fri läkarvård. Sjukkassornas samtliga utgifter pr medlem utgjorde (1902) 16,46 kronor. Härtill bidrager medlemmen själf i genomsnitt med 11,28 kronor. (A. Rydin). Resten åligger arbetsgifvarna att betala. Kassorna lämna kontant sjukhjälp uppgående till minst 50 och högst 75 procent af en på föreskrifvet sätt bestämd normal dagaflöning, vidare sjukhusvård, läkarvård och medicin. Läkarvården gick 1902 till 20,6 % af utgifterna. Kan nu allt detta lämnas för 16,46 kronor om året, så inses att läkararvodet ej blir stort (något öfver 3 kronor pr år och medlem). Det blir läkaren, som får sitta emellan för att resultatet af understödet skall blifva så storartadt. Då sjukkasselagen trädde i kraft, undandrogs med ett slag ett betydande klientel att honorera läkarne enligt vanlig taxa. En hel mängd läkare, som hade sitt klientel bland arbetarne, blefvo försatta i en brydsam ställning. Ställda inför utsikten att förlora det mesta af sina inkomster, tvungos de att antaga anställning som sjukkasseläkare på villkor, som dikterades af sjukkassestyrelserna, alldenstund samtidig öfverproduktion af läkare gjorde att styrelserna hade öfverflöd på aspiranter till läkarplatserna. Det gick så långt i Berlin, att arvodet per sjukbesök nedbragtes till 17 pfennig. (Buhre). Att detta alstrade missnöje bland läkarne var naturligt, men äfven sjukkassemedlemmarna kände sig snart mindre tillfredsställda med förhållandena. Dels voro de missbelåtna med att vara bundna vid vissa läkare, kassan utsett, dels misstrodde de dessa läkare i det de betraktade dem som kassornas tjänstemän, som mera sågo på kassornas än de sjukas bästa. De af kassornas läkare, som bodde i de tätast befolkade kvarteren, blefvo öfverhopade med arbete, öfveransträngdes och hunno icke med att sköta sitt värf så samvetsgrannt vid alla tillfällen. (Buhre). Det var under sådana förhållanden som der Verein der freigewählten Kassenärzte bildades i Berlin 1891 med uppgift att sammansluta alla läkare, som ville åtaga sig sjukkasseklientel. Härigenom fingo sjukkassemedlemmarne tillfälle att välja mellan flera läkare. Kontrakt om sjukvård uppgöres kollektivt mellan vederbörande styrelser. Kassan betalar

till läkarföreningen ett fast arvode (3 $^{1}/_{2}$ mark efter 1902). Kvartalsvis fördelas de influtna medlen mellan föreningens läkare på så sätt att en konsultation i läkarens bostad beräknas till 1 poäng, sjukbesök som 2 poäng, operation och vissa specificerade andra åtgöranden enligt taxa som 4—14 poäng och att läkaren, sedan samtliga poäng för kvartalet hopräknats och dividerats i den influtna ackordssumman, erhåller ett belopp motsvarande det antal poäng, som representeras af den sjukvård, han meddelat kassans delägare. (Buhre).

I Danmark tillkom 1892 en sjukkasselag, enligt hvilken de erkända sjukkassorna, d. v. s. de, som underkasta sig lagens bestämmelse — andra finnas äfven — stå under statens kontroll, hvilken utöfvas af en myndighet med ganska vidsträckt befogenhet, sjukkasseinspektören. De erkända kassornas verksamhet är genom lagen inskränkt till ett visst lokalt begränsadt område eller ock ett bestämdt fack. Endast obemedlade åtnjuta understöd. Vid sjukdomsfall lämnas fri läkarvård och erforderlig sjukhusvård till såväl medlemmar som deras hemmavarande barn under 15 år — medlemmars hustrur synas i regel själfva vara medlemmar — vidare ett kontant dagligt understöd till medlemmarne, hvars belopp ej får öfverstiga $^{2}/_{3}$ af den dagliga arbetsförtjänsten, ej heller understiga 40 öre. Sjukhjälp får åtnjutas under högst 13 veckor. Den utgjorde 1903 i medeltal 93 öre pr dag. Samtliga utgifter pr medlem utgjorde (1903) 10,60 kronor, däraf medlemsbidrag 7,06 och statsbidrag 3,07 kronor. 15,2 % af befolkningen voro medlemmar i sjukkassorna. 35 % af utgifterna gå till läkarvård. (A. Rydin). I fråga om läkararvodet uppgöres öfverenskommelse mellan läkarföreningarna och sjukkassestyrelserna. Både ackord och fritt läkarval förekommer. Sålunda gäller t. ex. för Lolland-Falsters läkarförening följande bestämmelser i stad: § 1. Medlemmarna i sjukkassor kunna antingen söka hvilken som helst af stadens läkare och det betalas då efter på stället gällande taxa med afdrag af 25 %, eller det kan afslutas ackord om fast årligt honorar pr medlem och pr familj. Betalningen är i så fall 4 kr. för enskild medlem utan barn, 6 kr. för enskild medlem med barn, 8 kr. för familj d. v. s. man och hustru med eller utan barn. En läkare får ej mottaga anställning som sjukkasseläkare utan att först hafva konfererat med läkarföreningens styrelse. Konflikter mellan läkare och sjukkassemedlemmar förekomma tidt och tätt. I sådana fall bringas saken inför en s. k. Voldgiftsret, som består af sju medlemmar, två valda af sjukkasseläkarnes organisation, två valda af »Forretningsudvalget for de samvirkende Sygekassers Fællesrepresentation», två valda af dessa organisationer till-

sammans, en af hvardera, samt den sjunde vald af dessa sex utanför organisationerna.

I Norge började sjukkasserörelsen taga fart först efter 1850. År 1885 anslog Z. Hermansen antalet sjukkassor till 220—240 med ett medlemsantal af 37—38,000. (R. Hansson). Någon direkt uppgift på nuvarande antalet sjukkassor och medlemmar står ej att få, men R. Hansson uppskattade 1903 sjukkassornas antal till cirka 400 med uppemot 60,000 medlemmar (d. v. s. 2,7 % af befolkningen). De flesta sjukkassor lämna fri läkarvård åt medlemmarna, deras hustru och barn.

De norska läkarne hafva liksom de tyska utkämpat strider med sjukkassorna för att få skälig ersättning för sitt arbete. Före den nuvarande taxans införande 1899 var minimitaxan för manlig sjukkassemedlems läkarvård 4 kronor, för kvinnligs 2 kr. pr år. Arvodet kunde efter denna taxa bli så lågt som till 10—40 öre pr konsultation å mottagningsrummet och 15—50 öre pr sjukbesök. Det beräknades att läkarkåren årligen förlorade $^1/_2$ million = skillnaden mellan det från sjukkassorna utgående arvodet och gängse minimitaxas arvoden. (R. Hansson). Nu är arvodet för kassor i stad med fri medicin 7—8 kronor pr familjefar allt efter kassans medlemsantal, då fri medicin åtnjutes, samt 6,50—7,50 efter medlemsantalet, då fri medicin ej åtnjutes. Dessa arvoden äro beräknade för de fall, då äfven medlemmens hustru och hemmavarande barn under 15 år, men ej tjänare, åtnjuta läkarvård. Åtnjuter endast medlemmen själf läkarvård är taxan efter kassans medlemsantal 4—5 kronor med fri medicin samt 3,50 till 4,50 utan fri medicin. För landspraxis får ej ackord med sjukkassa uppgöras. I stället beviljas rabatt högst 20 % på gällande normaltaxa.

Något motstycke till de strider, som kollegerna i grannländerna måst utkämpa mot sjukkassorna, har hittills ej förekommit i vårt land, helt naturligt af det skälet, att de svenska sjukkassorna i allmänhet ej lämna sina medlemmar förmånen af läkarvård, utan öfverlämna åt arbetsgifvare eller medlemmarne själfva att sörja därför. Då sjukkasseväsendet hos oss är i så lifligt framåtskridande och då med all sannolikhet detta framåtskridande kommer att alstra ökade anspråk på de förmåner, som sjukkassor kunna lämna sina medlemmar, torde det ej dröja alltför länge, innan anspråk komma att uppställas på att sjukkassorna skola bekosta läkarvård åt sina medlemmar. Detta har för öfrigt redan uttalats på det stora sjukkassemötet i Norrköping 1905. Blifver krafvet på af kassorna bekostad läkarvård så allmänt, att sjukkassornas styrelser anse sig tvungna att föreslå ett tillmötesgående däraf, så kunna vi vara i fara

för konflikt med kassorna snart nog. För att ej behöfva upplefva samma bittra erfarenhet som kamraterna i grannländerna, är det bäst, att innan frågan om af kassorna bekostad läkarvård blifver aktuell, precisera vår ståndpunkt till sjukkasseväsendet samt bestämma det arvodessätt och den arvodesberäkning, som bör tillämpas gent emot sjukkassemedlemmar. Kommitterade äro eniga om, att läkarkåren bör ställa sig sympatisk gent emot en rörelse af så stor nationalekonomisk betydelse som sjukkasserörelsen. Däremot anse kommitterade, att intet skäl förefinnes att läkarkåren mer än någon annan samhällsklass skall göra ekonomiska uppoffringar för denna rörelses skull, såsom skett i Tyskland. Skulle det oaktadt kåren finna lämpligt att visa sjukkassorna tillmötesgående genom att mot deras medlemmar tillämpa nedsatta taxor eller på annat sätt, så bör kåren naturligtvis hafva full frihet att själf afgöra om, huru långt detta tillmötesgående bör sträckas. Det bör sålunda från början fastslås både att läkarne icke hafva någon som helst skyldighet att ekonomiskt uppoffra sig för sjukkasserörelsen samt att, om det oaktadt läkarkåren visar tillmötesgående, den gör detta fullständigt medveten om det frivilliga i denna handling. Kommitterade tveka icke att föreslå, att ett sådant tillmötesgående visas, men anse att läkarkåren i sådant fall bör kunna göra anspråk på att den sjukkasserörelse, kåren understöder, är välordnad. Kommitterade anse, att för närvarande sjukkasseväsendet i vissa afseenden företer brister. Visserligen finns en lag om registrering, men denna torde ej vara tillräckligt effektiv, sålänge det ej utöfvas en verklig statskontroll genom inspektör såsom i Danmark. Bland annat torde äfven böra finnas föreskrift, att ingen får vara medlem af mer än en sjukkassa. Af sjukkassa, som bekostar läkarvård åt sina medlemmar, bör ingen tillåtas vara medlem, som har en årsinkomst öfver den bland arbetare vanliga, förslagsvis ettusenfemhundra (1,500) kronor. Som det nu är, då det är tillåtet att vara medlem af mer än en kassa, kan frestelse föreligga att exploatera kassorna, hvarigenom läkarnes arbete ökas och försvåras. Skulle sjukkassorna hos oss börja bereda sina medlemmar fri läkarvård, blir det nödvändigt, att en viss maximigräns bestämmes för medlems årsinkomst, emedan eljes i kassorna inkomma medlemmar af ekonomiskt väl situerade samhällsklasser, som hafva råd att för sin läkarvård betala efter vanlig taxa. Skulle sjukkasserörelsen hos oss taga ett tillnärmelsevis så stort uppsving som i Tyskland, där nära en femtedel af befolkningen är delägare i sjukkassa, skulle utan ett sådant stadgande om maximigräns för årsinkomst en betydlig minskning i läkarkårens inkomster blifva följden. R. Hansson

beräknar att före den nuvarande sjukkassetaxans införande i Norge 1899 den norska läkarkåren årligen förlorade en half million kronor på sjukkassorna, därigenom ett sjukkassemedlemmar fingo sin sjukvård så mycket billigare än hvad som stadgades i de allmänt vedertagna minimitaxorna. Och dock är sjukkasserörelsen i Norge icke hälften så utbredd som hos oss. Stadgandet om maximigräns för årsinkomst finnes i tyska sjukkasselagen, ehuru där maximiinkomsten är högre (2,000 mark) än kommitterade föreslå (1,500 kronor). En person, som har en årsinkomst af öfver 1,500 kronor, borde dock kunna betala sin läkare efter vanlig taxa. Statskontroll genom inspektion är nödvändig både ur kassornas och läkarnes synpunkt. Den kontroll, som nu finnes, består i vissa fordringar på innehållet i registrerad kassas stadgar, vidare i årlig uppgift efter fastställdt formulär angående kassans verksamhet under föregående kalenderår samt slutligen i bestämmelsen att registreringsmyndigheten, om den så finner nödigt, äger låta å stället undersöka registrerad sjukkassas förvaltning. Dessa bestämmelser torde dock icke vara fullt effektiva. Helt annorlunda och vida kraftigare skulle en ordnad inspektion, såsom i Danmark, verka.

Skulle bland sjukkassornas medlemmar krafvet på kostnadsfri läkarvård bli så allmänt, att kassornas styrelser skulle se sig tvungna att söka tillmötesgå det, så skulle med ett slag kassornas utgifter högst väsentligt ökas. Såsom förut nämnts, går i Tyskland läkarvården till 20 % af kassornas utgifter, i Danmark till 35 %. Och dock är det ej tänkbart, att våra läkare skola nöja sig med så låga arvoden som läkarne i dessa länder. Hvarifrån skola då de pengar tagas, som skulle åtgå till arvoden för läkarvård? Visserligen äro de svenska sjukkassornas medlemsafgifter rätt låga (38 % af hela antalet sjukkassemedlemmar erlägga en årsafgift af högst 6 kronor) och kunna tåla någon ökning, men på denna väg torde ej tillräckligt inflyta. Det nuvarande statsbidraget är en obetydlighet (7,2 %) af hela inkomstbeloppet, men det oaktadt går det till 260,044 kronor. Det är ej sannolikt, att utsikt för närvarande förefinnes för en höjning. 1902 afslogs en motion om förhöjning. Men äfven om det bibehålles vid sin nuvarande blygsamma storlek (0,50 till 1,50 per medlem), så ökas det med sjukkasseväsendets utbredning, då det ju utgår per medlem. Ansättes riksdagen med kraf på ytterligare förhöjning, så kan det hända, att den följer exemplet från Tyskland och inför en tvångslag. Exemplet från Tyskland, då sjukkasselagen infördes 1883, visar faran af att ingå ackord med sjukkassa. Det var just genom ackordsuppgörelsen, som en mängd tyska läkare bragtes i de

uslaste förhållanden. Genom ackord komma läkarne i beroende af sjukkassestyrelserna. I Tyskland har detta beroende blifvit för läkarne ödesdigert. Äfven exempel från Danmark och Norge tala mot användande af ackordsuppgörelse med sjukkassor. Sådant synes föra till ständiga trakasserier och konflikter, resulterande i anmälningar från sjukkassemedlemmars sida till sjukkassestyrelserna och påföljande behandling af »målen» inför Voldgiftsretten. Ackordsystemet i grannländerna har visat sig tillfredsställa hvarken läkare eller klientel. Nutidens klassmedvetna arbetare är föga tilltalad af att vara bunden vid en viss läkare, som han ej själf valt, och läkaren, som skall behandla klienter, som komma till honom af tvång och som äro benägna att kritisera alla hans åtgöranden, blir å sin sida utledsen på klientelet. Det är omöjligt äfven för idealet af en läkare att göra alla medlemmarna i en sjukkassa till lags. Missnöje kommer på längden alltid att uppstå.

Från vårt land, där sjukkassorna så sällan lämna läkarvård åt sina medlemmar, föreligger ej stor erfarenhet af ackord med sjukkassa. I de flesta fall, där svenska kassors medlemmar hafva fri läkarvård, är det fråga om arbetare vid en industriell anläggning. Antingen hafva arbetarne bildat en sjukkassa och enat sig om en viss läkare eller, hvilket är vida vanligare, har bolaget eller chefen för anläggningen skänkt en grundplåt till en sjukkassa och anmodat en läkare att sköta kassans medlemmar. I sistnämnda fall blir aftalet som ett vanligt kollektivackord. I många kollektivackordsaftal ingå skyldighet för läkaren att afgifva intyg till medlemmarne i fabrikens sjukkassa. Det föreligger åtskilliga uttalanden af svenska läkare angående sådana fabrikssjukkassor. Det synes som om kollektivackord, där sjukkassa ingår i ackordet, skulle vålla mera arbete än andra af motsvarande storlek, särskildt synas intygen vålla besvär.

Om kommitterade på ofvan angifna grunder måste afstyrka afslutande af ackord med sjukkassa, så återstår öfverenskommelse på grundvalen betalning per gång. Detta system är ju odisputabelt rättvisare, då ju läkaren härvid får ersättning för hvad han gjort, hvarken mer eller mindre. Kommitterade hafva förut påpekat, att det ej med fog kan ställas det krafvet på läkarkåren, att den skall arbeta för underpris åt sjukkassemedlemmar. Om en sänkning af arvoden under gängse taxor skulle komma till stånd till förmån för medlemmar i sjukkassor, så bör denna sänkning bjudas som en frivillig gåfva från läkarkåren till sjukkasserörelsen. Läkarkåren bör därför själf bestämma villkoren och den bör noga se till att sänkningen icke företages så lågt, att fara uppstår för kårens ekonomi.

Detta ej endast af egoism, utan i medvetande af, att ett läkarproletariat är en fara för samhället. Då det gäller att bestämma en för sjukkassemedlemmar afsedd reducerad taxa, vore det lämpligast att taga en förut befintlig taxa, vid hvilken allmänheten i olika delar af riket vore van. En sådan finnes, nämligen provinsialläkartaxan. Mot densamma kan riktas flera befogade anmärkningar. Dels är den ju för låg, dels är den ju afsedd för tjänsteläkare, som hafva förmånen af lön, tjänstårsberäkning samt utsikt till pension. Hvad den första anmärkningen beträffar, så är ju att hoppas, att den begäran om förhöjning i vissa delar, hvarom fullmäktige petitionerat hos Kungl. Maj:t., skall medföra en förhöjning af de lägst tilltagna arvodena särskildt det af 1 krona för behandling å mottagningsrummet. Skulle denna förhöjning icke komma till stånd så är ju provinsialläkartaxan för låg, särskildt hvad afser dess tilllämpning i de större städerna på medlemmar af sjukkassor. På landsbygden har dess värre provinsialläkartaxan redan medfört, att allmänheten är van vid dess låga arvoden. Skulle nu läkare, som icke äro tjänsteläkare, gentemot sjukkassemedlemmar tillämpa denna låga taxa, för hvars användande tjänsteläkarna dessutom hafva de nämnda förmånerna, så bör det betonas, att detta är en verklig uppoffring, som lämpligen borde på något vis ersättas, exempelvis så att hvarje sjukkassa lämnade ett allt efter medlemsantalet olika stort årligt arvode att allt efter det utförda arbetets storlek årligen eller kvartalsvis fördelas mellan de läkare, som under det gångna året eller kvartalet behandlat sjukkassans medlemmar.

Om intet ackord göres med sjukkassa, så hafva sjukkassemedlemmarna frihet att vända sig till hvilken som helst af de läkare, som förklarat sig villiga att gå in på att behandla sjukkassemedlemmar på nyss nämnda villkor. Det uppstår på detta sätt ett fritt läkarval och en särskild kategori af läkare: sjukkasseläkare. För att dessa läkare ej måtte råka i något som helst beroende af sjukkassornas styrelser, ett beroende, som i grannländerna haft följder, som verka afskräckande, måste det förhindras, att de läkare, som äro villiga att sköta sjukkassemedlemmar på sagda villkor, få på något sätt att göra med sjukkassornas styrelser. Kommitterade hade först tänkt sig, att detta skulle kunna ske, därigenom att sjukkasseläkarne tillsattes och entledigades af Medicinalstyrelsen. Efter inhämtade upplysningar torde dock detta förslag få anses för outförbart eller åtminstone svårt att få till stånd. I så fall återstår ej annat, än att läkarföreningarnas styrelser måtte ombedjas åtaga sig uppgöra villkoren med sjukkassorna. Fördelningen af de

från sjukkassorna lämnade arvodena torde kunna försiggå på samma sätt.

Då kommitterade förorda fritt läkarval, förbise de ingalunda, att anmärkningar kunna framställas mot detta system, t. ex. att det kan föra till osund konkurrens, men en sådan utsikt torde dock vara vida mindre farlig än om läkare genom lågt nedpressade ackord komma i beroende af sjukkassestyrelserna. Likaså kan sägas, att fördelningen af arvodena är något invecklad vid det fria läkarvalsystemet. Att svårigheterna dock icke äro oöfvervinnerliga har der Verein der freigewählten Kassenärzten in Berlin och andra fria läkarvalsföreningar visat. Då det gäller sjukkassepraxis, spelar intyg om oförmögenhet till arbete en stor roll och kan vara orsak till konflikter. Om det, såsom kommitterade föreslå, blir förbjudet att ingå ackord med sjukkassa, så följer redan däraf, att alla intyg skola honoreras. Det är kommitterades enhälliga åsikt, att under inga förhållanden intyg böra lämnas kostnadsfritt. Det förnämsta motivet härför är, att ett intyg alltid bereder den, för hvilket det utskrifves, en fördel, oftast i form af kontant sjukhjälp och följaktligen bör honoreras. Om förbudet att utan afgift utskrifva något som helst intyg skulle åstadkomma en inskränkning i intygsskrifvandet, så vore därmed ändock något vunnet. Då det gäller att bestämma arvodet för olika slag af intyg, anse kommitterade, att man så mycket som möjligt bör hålla på provinsialläkartaxans arvode af 3 kronor »för besiktning å lefvande person med däröfver utfärdad attest». Det enda undantaget härifrån synes kommitterade vara det intyg, som en läkare, som nyss behandlat en sjukkassemedlem för sjukdom, anser sig kunna utskrifva angående oförmögenhet till arbete på grund af denna sjukdom, utan att ny undersökning af patienten erfordras. I sådant fall anse kommitterade, att arvodet för intyg bör utgå med endast en (1) krona. Föranleder åter utfärdandet af intyg om arbetsförmåga särskild undersökning af patienten, finnes ingen anledning att gå under provinsialläkartaxans arvode: 3 kronor. Likaså bör intyg för inträde i sjukkassa gäldas med 3 kronor, då ju ett dylikt intyg förutsätter noggrann undersökning. Föranleder utfärdande af intyg besök i den sjukes hem, bör ersättning utgå efter provinsialläkartaxan.

Med anledning af hvad ofvan anförts, föreslå kommitterade:

1) att intet ackord måtte få ingås med sjukkassa;

2) att sjukvård åt sjukkassemedlemmar måtte honoreras efter beräkning per gång enligt provinsialläkartaxan plus andel i ett af hvarje sjukkassa lämnadt, till medlemsantalet proportionellt arvode att efter det utförda arbetets storlek fördelas

årligen eller kvartalsvis mellan de läkare, som under det gångna året eller kvartalet behandlat sjukkassans medlemmar;

3) att fördelningen af dessa medel anförtros åt läkarföreningarnas styrelser;

4) att i fråga om sjukvård åt sjukkassemedlemmar principen om fritt läkarval måtte fastslås;

5) att aftal angående sjukvård på inga villkor måtte ske mellan sjukkassa och enskild läkare, utan uppgöras mellan sjukkassa och resp. läkarförenings styrelse;

6) att alla af sjukkassemedlemmar begärda intyg måtte särskildt, oafsedt ersättning för sjukvård, honoreras, nämligen för inträde i sjukkassa med tre (3) kronor; för intyg om arbetsoförmåga på grund af sjukdom, som läkaren nyligen behandlat och för hvars konstaterande sålunda ej undersökning erfordras, med en (1) krona; för dylikt intyg, då särskild undersökning fordras för afgifvande af intyget, med tre (3) kronor; för dylikt intyg, då särskildt besök i den sjukes hem erfordras för intygets afgifvande, ersättning enligt provinsialläkartaxan.

Stockholm den 2 februari 1907.

C. Sundell. *Vilhelm Sjögren.*

C. A. Carlson. *F. Kaijser.* *C. V. Lundström.*

Till Fullmäktige för allmänna svenska läkarföreningen.

Då inom den kommitté, som Fullmäktige år 1905 tillsatte för utredning af läkarnes ställning till sjukskassorna, intyg till sjukkassor debatterades, kom på tal ett slag af intyg, som egentligen ej har med sjukkassor att göra, nämligen intyg om arbetsoförmåga till följd af olycksfall. Anledningen, hvarför kommitterade afhandlade denna art af intyg, var den, att flera medlemmar påpekade, att dessa i allmänhet plägade ersättas för lågt. Riksförsäkringsanstalten och Fylgia betala för vanliga formulerade, graderade intyg 2 kronor, de öfriga bolagen, anstalterna och föreningarna öfverlämna i allmänhet åt de skadade själfva att ersätta intygen. Det arvode Riksförsäkringsanstalten och Fylgia åsatt dessa intyg har blifvit det vanliga äfven för intyg till andra olycksfallsförsäkringsinrättningar. Detta arvode ansågo kommitterade vara för lågt. Ett sådant intyg är ansvarsfullt. Det är besvärligt att ifylla, då det gemenligen förutsätter en uträkning af olika grader af arbetsoförmåga för olika tider. Ett sådant intyg kan vålla konflikt med den skadade, då det ej torde vara alltför ovanligt, att den skadade faller för frestelsen att söka öfverdrifva sin arbetsoförmåga i

syfte att draga så stor ekonomisk fördel som möjligt af sitt olycksfall. I de fall, då bolagen betala, torde det få anses alldeles onödigt att bevilja rabatt under för intyg vanlig taxa (3 kronor). Inom kommittén ansågs, att intyg om arbetsoförmåga i följd af olycksfall borde gäldas efter vanlig taxa för intyg, d. v. s. 3 kronor. Då tvifvel yppades, huruvida icke kommittén öfverskrede sin befogenhet genom att till Fullmäktige inlämna förslag i denna fråga, har jag tillåtit mig att upptaga kommitténs förslag som mitt och framlägga det för Fullmäktige. Jag tillåter mig äfven erinra om, huru fullständigt det lyckats att genomdrifva läkarkårens beslut i fråga om arvoden för lifförsäkringsundersökning.

Jag ber att få vördsamt föreslå, att Fullmäktige måtte besluta, att intyg om arbetsoförmåga till följd af olycksfall måtte gäldas med tre (3) kronor.

Stockholm den 16 febr. 1907.

C. Sundell.

Till Fullmäktige för Allmänna svenska läkarföreningen.

Den kommitté, Fullmäktige tillsatt för att utreda frågan om läkarkårens ställning till sjukkassorna, har under sina öfverläggningar angående spörsmålet ackord eller icke ackord med sjukkassorna ej kunnat undgå att diskutera frågan om kollektivackord i allmänhet. Ehuru fullt medvetna om, att denna fråga ej föll inom ramen för kommitténs uppgift, beslöto kommitterade att inför Fullmäktige framlägga sina åsikter i kollektivackordsfrågan. Vid ett följande sammanträde yppades dock tvifvel, huruvida icke kommitterade genom att taga ett sådant initiativ öfverskrede sin befogenhet. För att icke beskyllning för något sådant må kunna framställas mot kommittén, tager undertecknad, som tjänstgjort som kommitténs ordförande och sekreterare, sig friheten att som enskild person framlägga för Fullmäktige kommitténs åsikter angående kollektivackord, hvilka åsikter fullkomligt sammanfalla med mina egna.

Det torde vara högst sällsynt, att ett kollektivackord tillfredsställer både läkaren och alla i ackordet ingående klienter. För läkaren är ej behagligt att hafva att göra med ett klientel, som är honom påtvunget genom uppgörelse med arbetsgifvaren och af hvilket säkerligen alltid en del skulle vända sig till annan läkare, om frihet att välja förefunnes. Klientelet å sin sida känner sig bundet vid en läkare, som det ej självft valt.

Missnöje kommer på längden alltid att uppstå, äfven om läkaren på allt sätt söker att samvetsgrant sköta sina förpliktelser gent emot klientelet. För läkaren tillkommer dessutom i många fall en känsla af missnöje öfver för liten ersättning för ackordet.

Helt annorlunda skulle ett fritt läkarval verka. Klientelet skulle då hafva frihet att vända sig till hvilken som helst läkare, som åtagit sig att sköta medlemmar af kollektivackordet för det arvode, arbetsgifvaren utfästat sig att betala. Klientelet kunde då välja den läkare, det tyckte bäst om. Läkaren å sin sida hade endast att göra med ett klientel, som kom till honom frivilligt. Han fick dessutom ersättning per gång d. v. s. för hvad han verkligen uträttat, hvarken mer eller mindre.

Visserligen har äfven det fria läkarvalet sina skuggsidor. Den värsta torde vara att det kan innebära en frestelse till osund konkurrens. En annan är att systemet kan sänka betalningsnivån, om taxan sättes lägre än den på platsen brukliga. Arvodesfördelningen är äfven rätt invecklad.

Men dessa olägenheter förefalla ej att vara af sådan art, att de böra förhindra det i teorien rättvisa fria läkarvalet. Konkurrens kan aldrig undvikas och kommer nog till synes äfven nu på ett ibland tämligen odiöst sätt, då det gäller tillsättande af läkare vid kollektivackord. Arvodesfördelningen torde nog läkarföreningarnas styrelser åtaga sig. Gifvetvis skulle en sådan nyhet som fritt läkarval införas så småningom och först då nuvarande kollektivackordsläkare afgå eller förklara sig villiga att öfvergå till det nya systemet.

För den händelse att det förslag jag framställer angående kollektivackordens upphörande och ersättande med fritt läkarval och betalning per gång, ej skulle vinna Fullmäktiges gillande, så vill jag fästa Fullmäktiges uppmärksamhet på att sjukkassekommittén ansåg, att de för närvarande i fråga om kollektivackord använda taxorna i allmänhet äro för låga. De flesta läkarföreningarna hafva en taxa för kollektivackord af 3 kronor för ensam person och 5 kronor för familj. Detta är ju uppenbarligen för litet. Något rimligare är Stockholms läkarföreningstaxa af 4 kronor för ensam person och 7 kronor för familj. Enligt beräkningar utförda i Norge bör arvodet vid ett kollektivackord för hvarje vårdberättigad individ utgöra minst så många kronor årligen som genomsnittliga antalet sjukdagar. Enligt svenska sjukkassestatistiken är antalet sjukdagar i genomsnitt 5,9. Således borde enligt den norska beräkningsgrunden betalas 6 kronor per år och vårdberättigad. Ehuru fullt öfvertygad att en kollektivackordsläkare gör rätt för denna summa, vågar jag likväl ej tillstyrka ett så jämnförelsevis högt arvode, då jag väl känner svårigheten att drifva igenom ett

sådant arvode. Hvad beträffar förhållandet mellan arvodet för enskild person och arvodet för familj, så vill jag erinra, att Nylin beräknat 1902, att arbetarfamiljer i Maria församling i Stockholm hafva i medeltal 3 hemmaboende barn, att Lundström beräknat för hela Stockholm 1,9 barn under 15 år per familjefader samt att O. Schjöll (Norge) beräknat sannolikheten att vara gift till 0,6 och sannolikheten att hafva barn till 0,7 samt barnantalet per familjefader till 2,6. Enligt dessa beräkningar borde arvodet för gift medlem af kollektivackord beräknas till 3 à 4 gånger beloppet för ogift. Äfven detta torde få anses omöjligt att genomdrifva. Här som så ofta annorstädes får man väl kompromissa och nöja sig med det, som kan anses för närvarande möjligt att ernå. För de större städerna torde väl Stockholms läkarförenings taxa vara möjlig att genomdrifva. För den öfriga delen af riket torde 3 kronor för ogift person och 7 kronor för familj vara det högsta, som med hopp om framgång kan bestämmas.

Den fria medicinen ökar betydligt läkarens arbete. Det torde vara vanligt, att hvarje klient, som har denna »förmån» sig tillförsäkrad, gör anspråk på ett recept. I de fall, där fri medicin åtnjutes, bör taxan höjas. Inom kommittén föreslogs 4 kronor för ensam person och 8 kronor för familj.

Massage-, elektricitets-, svårare kirurgisk samt annan specialbehandling, äfven biträde vid förlossning, bör uteslutas från läkarens skyldigheter vid kollektivackord med så låg taxa som den ofvan föreslagna. Likaså böra uteslutas besök i hemmen, där afståndet öfverstiger 2 kilometer från läkarens bostad, alldenstund de vålla läkaren större tidsförlust än som motsvaras af det låga arvodet. I sådana fall, där arbetarnes bostäder i allmänhet ligga längre aflägsna från läkarnes hem än 2 kilometer, är det bättre att uppgöra ett mindre ackord för arbetet å mottagningsrummet samt taga betaldt för resorna efter provinsialläkartaxan.

Med anledning af uttalanden som gjorts under sjukkassekommitténs arbete beder undertecknad få vördsamt föreslå,

1. att kollektivackorden småningom måtte afskaffas,

2. att om detta förslag ej vinner fullmäktiges bifall, det måtte bestämmas för kollektivackord en minimitaxa af 3 kronor för ensam person och 7 kronor för familj, där fri medicin ej åtnjutes, samt 4 kronor för ensam person och 8 kr. för familj, där fri medicin åtnjutes,

3. att i skyldigheterna vid kollektivackord ej måtte ingå massage-, elektricitets-, svårare kirurgisk eller annan specialbehandling, biträde vid förlossning, sjukbesök i hemmen på afstånd öfver 2 kilometer, ej heller afgifvande af intyg af

hvad slag det vara månde. Särskildt betonades starkt inom kommittén att afgifvande af intyg aldrig bör få ingå som villkor vid ett kollektivaftal, alldenstund intyg ej alls hafva med sjukvården att göra, utan bereder dem, för hvilka de utskrifvas, ekonomiska fördelar merendels i form af kontant sjukhjälp.

Stockholm den 16 februar 1907.

C. Sundell.

Än en gång »Om användandet af steril pasta vid sondering.

Af

Ludvig Moberg.

Doktor Almkvists svar på mitt inlägg i denna fråga nödgar mig till ytterligare ett par ord.

Min första anmärkning gällde, att d:r Almkvist icke angifvit formeln för sin pasta. Min uppsats har emellertid förmått honom att reparera detta fel, och det står nu en hvar fritt att på närmaste apotek låta bereda pastan i stället för att tvingas rekvirera den från ett visst apotek.

Min andra anmärkning gällde, att d:r A. icke omnämnt Caspers namn. Sedan nu det Almkvistska receptet är kändt, kan en hvar öfvertyga sig om den nära öfverensstämmelsen mellan den Casperska och den Almkvistska formeln och det berättigade i min protest mot, att Caspers namn saknas i d:r A:s uppsats.

Båda pastorna äro fullt användbara och till sin beskaffenhet så närstående, att de endast kunna skiljas från hvarandra genom sin något olika konsistens. Det är därför synnerligen svårt att fatta, hvarför d:r A. i sitt sista inlägg varnar för användande af Caspers recept. Däremot är intet märkligt i, att han berömmer ett handelspreparat med det »lagligen skyddade namnet» d:r Melzer's Katheterpurin. Mycket talar nämligen för, att detta är en fabriksmässig framställning efter Caspers formel. För belysande häraf tillåter jag mig citera Caspers: *Lehrbuch der Urologi*, Berlin 1903. Där återfinnes sid. 41 angående hans formel för katheterpasta följande:

»Wir haben nach mannigfachen Versuchen das Hg- oxycyanatum in dem Verhältniss von 1 : 500 gewählt. Unsere Gleitmasse, *unter dem Namen Katheterpurin im Handel*, setzt sich demnach zusammen aus

Rp.	Hg oxycyanat.	gr.	0,246
	Glycerin	»	20,0
	Tragacanth	»	3,0
	Aqu. dest. sterilisat.	»	100,0

»Die Masse wird in Zinntuben gefüllt und ist in diesen erhältlich».

Den hetsiga ton och de personliga insinuationer d:r A. ansett lämpligt använda torde stå för hans räkning.

Hvarjehanda notiser.

Medicine hedersdoktorer. Medicinska fakulteten i Uppsala har beslutat att vid Linnéjubileet till hedersdoktorer promovera professorerna, fil. d:rerna Kjellman och Tullberg, förste provinsialläkaren i Jönköpings län Dovertie, förste stadsläkaren i Stockholm Andersson, öfverläkaren vid epidemiska sjukhuset i Stockholm Hellström, medicinalrådet Kjerrulf, föreståndaren för veterinärinstitutet professor Vennerholm, civilingenjören Klas Sondén, öfverläkaren vid Allmänna sjukhuset i Malmö Bauer, lasarettsläkaren i Östersund Græve, öfverläkaren vid hospitalet i Kristinehamn Enwall och praktiserande läkaren i Stockholm fil. d:r Kleen.

Fältläkarkåren. Då det icke synes möjligt, att under hela tiden för detta års beväringsrekrytskolor bereda tillgång till sådana fältläkarestipendiater, som aflagt med. licentiatexamen, så har medicinalstyrelsen anhållit hos krigsministern om bemyndigande att få såsom extra läkare vid Jönköpings regementes och Norra skånska inf.-regementets beväringsrekrytskolor beordra fältläkarestipendiater, som icke aflagt med. licentiatexamen.

Skolhygieniska undersökningar. Af det belopp å 5,000 kr., som stadsfullmäktige i Stockholm anvisat för skolhygienisk undersökningar under innevarande år, har folkskoleöfverstyrelsen tilldelat bat.-läkaren Hammar och d:r C. Sundell hvardera 1,500 kr. samt d:r Knut Söderling 2,000 kr. Den förstnämnda skall fortsätta sina under förra året påbörjade trötthetsundersökningar, afsedda att utreda frågan om öfveransträngningar. D:r Sundell ämnar undersöka de kroppsligt svaga, och särskildt de blodfattiga folkskolebarnen, deras hem och öfriga förhållanden i afsikt att utröna orsakerna till det klena allmäntillståndet hos barnen och möjligheterna att råda bot därför. Slutligen skall d:r Söderling dels medelst fotometriska mätningar pröfva de naturliga belysningsförhållandena inom de olika skollokalerna, dels de olika skolbänkstyperna både med hänsyn till, hvilka skolbänksstorlekar i genomsnitt böra användas i en klass, och hvilka skolbarn som böra placeras i de olika bänktyperna.

Hälsovårdsnämndens laboratorium i Stockholm skall enligt nämndens nyligen fattade beslut utvidgas så, att där skola företagas mikroskopiskt-botaniska undersökningar af födoämnen. För ändamålet skall anställas en särskild fackman. Nämndens ingenjör, hr Klas Sondén, har i afgifvet utlåtande lämnat meddelande om en dylik laboratorieafdelnings verksamhet i Köpenhamn, där undersökningar göras för såväl statens, stadens som enskildas räkning. De där hufvudsakligast förekommande profven äro kakao och choklad, som undersökes å skaldelar, mjöl, kaffe, te, kryddor, ost och honung m. m. Ingenjör Sondén betecknar det som en afsevärd brist, att en dylik anstalt ej finnes i verksamhet i Stockholm och har förordat den nu beslutade anordningen.

Östergötlands läkarförening sammanträdde i Linköping den 7 dennes. Till ordförande för året valdes d:r Hellström, till vice ordf. d:r Schoug, till sekreterare d:r Jäderholm. D:r Schoug förevisade dels ett fall af abnormt tidig kroppslig utveckling, dels ett fall af akromegali. D:r Törnqvist höll föredrag om magsårets operativa behandling. Apotekare Carpelan påvisade skadan af tillåtelse att inregistrera läkemedel samt förevisade prof å sakingummi. En kommitté af hrr Bissmark, Holmgren och Carpelan tillsattes för att uppsätta förslag till föreningens åtgöranden mot handeln med humbugsmedicin. Till plats för nästa sammanträde utsågs Omberg.

Kalmar läns läkarförening sammanträdde i Kalmar den 27 mars, hvarvid till föreningens ordf. valdes 1:ste prov.-läkaren C. Sörensson, hvilken jämväl utsågs till dess fullmäktige för år 1907. Föredrag öfver Cystoscopien och dess användning i praktiken hölls af d:r E. Almbladh.

Norrköpings läkarförening sammanträdde den 28 mars, hvarvid d:r Berlin demonstrerade ett fall af leukämi och ett af psuedoleukämi, båda med framgång behandlade med Röntgen, samt d:r Philip ett barn med en egendomlig form af muskelatrofi, åtföljd af förändringar i leder och skelett.

Vid **Gestriklands läkareförenings** sammanträde i Gäfle den 12 april, till hvilket äfven länets apotekare inbjudits, höll d:r von Post föredrag om s. k. patent- och humbugsmedicin samt åtgärder mot bruket af sådana. Därefter följde diskussion, som resulterade i tillsättande af en kommitté af 5 personer med uppdrag att till nästa sammanträde inkomma med förslag till en skrifvelse till kungl. befallningshafvande med begäran om anställande af åtal mot försäljare af humbugsmedicin.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar. att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Förste stadsläk.-tj:n i Strängnäs (ansökan, ställd till stadsfullmäktige, inl. hos magistraten)	27 april.
Ex. prov.-läk.-tj:n i Arvidsjaurs distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	29 april.
Extra prov.-läk.-tj:n i Lima distr. (omfattar Lima och Transtrands socknar af Kopparbergs län med 4,582 invånare den 1 jan. 05; löneförmåner: 3,500 kr. jämte fri bostad; tillträde 22 juni; ansökan, ställd till distr.-styrelsen, adr. komm.-ordf. B. P. Larsson, Limedforsen)	30 april.
Las.-underläk.-tj:n i Umeå[3]) (löneförmåner: 1,500 kr. + 800 kr. i ersättn. för bostad och kost; sedan den nya lasarettsbyggn:n under årets lopp blifvit tagen i anspråk, höjes löneförmånerna till 2,300 kr. jämte fri bostad och kost, dock med skyldighet att undervisa elever)	2 maj.
Underläk.-tj:n v. sjukhuset Eira, Stockholms stads och läns sjukhus (*ånyo* ledigförklarad; se Läkartidningen n:r 10, 11, 12 innev. år)	3 maj.
Extra prov.-läk.-tj:n i Grönskåra distr. (för tiden t. o. m. 1909; distr. omfattar Kråksmålas, Fagerhults och Elghults socknar med sammanlagdt 9,148 inv., de båda förra i Kalmar, den senare i Kronobergs län med station för läkaren och medikamentsförråd i Grönskåra by inom förstnämnda socken; lön: 1,500 kr.; i öfrigt se annons)	3 maj.
En bat.-läk.-tj. v. Skaraborgs reg:te[1])	6 maj.

Las.-underläk.-tj:n i Karlshamn[3]) (löneförmåner: 1,800 kr. jämte fri bostad, frukost och aftonmåltid samt 420 kr. såsom ersättning för middag) 8 maj.
En biträd. läk.-tj. v. Vänersborgs hosp:s och asyls mansafdelning) 9 maj.
Extra prov.-läk.-tj:n i Öfvertorneå distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod) 10 maj.
Extra prov.-läk.-tj:n i Jockmocks distr.[2]) ledigförklarad på grund af ny femårsperiod) 10 maj.
Extra prov.-läk.-tj:n i Åhus distr. (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod; se annons i förra häftet) 11 maj.
Extra prov.-läk.-tj:n i Gellivare distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod) 13 maj.
Tvänne civila läk.-stip.-befattn:r[2]) 16 maj.
Ex. prov.-läk.-tj:n i Svärdsjö distr. (omfattar Svärdsjö, Svartnäs och Envikens socknar af Kopparbergs län; med ett sammanlagdt invånarantal af 8,214 den 1/1 05; lön: 2,500 kr.; sökes hos distr.-styr:n, adr. Svärdsjö) 20 maj.

Af Kungl. Maj:t utnämnda eller transporterade:

Till öfverläk. v. lasarettet i Falun (kir. afd:n): las.-läk. i Visby *N. V. Akerblom.*
Till fältl.-läk.-stip. i reserven: lic. *Hj. T. Erfass.*

Apoteksprivilegier tilldelade:

Innehafvaren af apot. i Eksjö *G. L. Malm* å ap. Lejonet i Jönköping.
Innehafvaren af apot. i Tingsryd *C. F. V. Kolm* å ap. i Karlshamn.
Innehafvaren af apot. i Trosa *C. S. Simpler* å ap. Storken i Malmö.
Innehafvaren af apot. i Sotholm *C. F. H. Eneroth* å ap. i Skellefteå.

Sökande:

Till *bat.-läk.-tj:n v. Östgöta trängkår:* ingen sökande.

Med. licentiatexamen

har vid Karolinska institutet aflagts af *V. Annell, K. G. E. Krikortz, O. J. Mathsson* och *A. von Rosen.*

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *H. Hofstedt* t. f. ex. prov.-läk. i Älfdalens distr. 29 april—15 juni (t).
Lic. *J. Hegardt* t. f. stadsdistr.-läk. i Hälsingborg 18 april—25 maj (t).
Lic. *H. Simkowsky* t. f. 2:e stadsläk. i Härnösand 6—31 maj (t).
Lic. *E. Börjeson* t. f. las.-läk. i Luleå 4 maj—31 juli (t).
Lic. *E. Elmqvist* t. f. 2:e stadsläk. i Borås 18 april—17 maj (t).
Lic. *R. Wetterrik* t. f. stadsläk. i Växjö 20 april—19 juni (t).
Fältläk.-stip:rna *P. A. Jonsson* ex. läk. v. Jönköpings r:te och *O. A. Winberg* v. n:a skånska inf.-r:tet 30 april—21 aug.
Lic. *V. Valde* t. f. las.-underläk. i Östersund 1 maj—31 aug. (t).

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 3 maj 1907.

4:e årg. | Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER. | N:o 18.

Innehåll: Sven Palmes motion. — Resor för farsotssjukdomar i Älfsborgs län. — Referat. — Insändt. — Styrelse- och revisionsberättelse öfver Aktiebol. Läkartidningen. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser. — Epidemiöfversikt.

Sven Palmes motion.

För den förut i korthet omnämnda, af herr Sven Palme, Stockholm, vid årets Riksdag väckta motionen angående förlust af rätten till läkaryrkets utöfning såsom straffpåföljd m. m. skall nu närmare redogöras.

Sedan motionären lämnat en kort historik öfver läkaryrkets utveckling i vårt land, fortsätter han sålunda:

Läkareden — — — — bibehölls däremot ganska länge och afskaffades först den 13 juli 1887.

Man hade kunnat ifrågasätta, huruvida icke en särskild handling, ett formligt bevis hade bort af kollegium uppsättas, undertecknas och till den nye läkaren öfverlämnas såsom ett synligt vittnesbörd om hans legitimation. Emellertid stadgar den gamla medicinalordningen därom ingenting, och det forna kollegium utfärdade lika litet som dess efterträdare, den nuvarande medicinalstyrelsen, sådana särskilda handlingar.

Då doktorsgraden numera icke längre är nödvändig och sedan läkareden afskaffats, äro formerna för att vinna legitimation såsom läkare i vårt land synnerligen enkla. I Kungl. Maj:ts nådiga instruktion för läkare den 31 oktober 1890 heter det i § 55:

»Behörighet att utöfva läkarekonsten och från apotek förskrifva jämväl häftigt verkande eller giftiga läkemedel tillkommer endast den, som inom riket aflagt medicinsk licentiatexamen eller, utan att hafva aflagt sådan examen, antingen af Kungl. Maj:t erhållit särskild tillåtelse att inom riket utöfva läkarekonsten eller blifvit af Kungl. Maj:t utnämnd till läkaretjänst eller ock af medicinalstyrelsen förordnats att tjänstgöra såsom vikarie eller extra läkare vid armén, flottan eller den civila sjukvården; dock gäller för sålunda förordnad vikarie eller extra läkare hans behörighet endast för den tid, det för honom utfärdade förordnandet bestämmer.

Af denna formulering skulle det kunna synas, som om enhvar. hvilken inom riket aflagt medicine licentiatexamen, utan vidare vore behörig att praktisera. Men, enligt Kungl. Maj:ts förnyade nådiga instruktion för medicinalstyrelsen den 31 december 1900. skall enhvar. som genom aflagd examen vunnit rättighet att utöfva läkarekonsten. »anmäla sig hos styrelsen för att erhålla legitimationsbevis». I regel torde detta emellertid helt enkelt gå så till, att examensbetyget insändes till medicinalstyrelsen, som förser själfva betygshandlingen med påskrift om behörigheten. Någon annan åtgärd lärer numera i detta afseende icke vidtagas af medicinalstyrelsen. som jämlikt § 6 af den för styrelsen utfärdade *instruktion* har »att meddela legitimationsbevis åt svenska medborgare, som visat sig behöriga att i riket utöfva läkarekonsten.» Legitimation vinnes sålunda, men ingen särskild legitimationsakt bekommes, ingen handling af ungefär samma natur. som det befälhafvarebref, hvilket, utfärdadt af kommerskollegium, berättigar sjökapten att såsom fartygsbefälhafvare utöfva sitt yrke.

Ehuru formerna för legitimationens förvärfvande sålunda äro synnerligen enkla, ställer det allmänna likväl vissa fordringar till och med på de enskilda läkare, hvilka icke äro i allmän tjänst anställda. De äro sålunda i allmänhet beträffande utöfningen af läkarkonsten ställda »under medicinalstyrelsens inseende och pliktiga att efterkomma hvad styrelsen i kraft af gällande författningar och instruktioner föreskrifver dem». Särskildt äro de i vissa fall skyldiga till anmälningar beträffande smittosamma sjukdomar. Likaså äro de skyldiga att ge kostnadsfria dödsattester.

Äfven enskildt praktiserande läkare utan någon som helst allmän tjänst äro sålunda, enligt nu gällande bestämmelser, i vissa afseenden att betrakta såsom ett slags ämbetsmän.

— — — — — — — — — — — — — — — — — — — —

— — — Det kunde då tyckas, som om staten borde äga rätt att under vissa omständigheter fråntaga en läkare den behörighet att utöfva läkarekonsten (»venia practicandi»), som endast under vissa förbehåll gifvits. Men så är ingalunda förhållandet.

Rörande läkare i allmän tjänst stadgas afsättning såsom för andra ämbetsmän.

I strafflagens 2 kap. bestämmes om de straff, som enligt samma lag ådömas må. Där finnas äfven i §§ 15—17 stadgade vissa särskilda straff för ämbetsmän, nämligen:

1. Afsättning, hvarmed i de fall, som i lagen utsatta äro. förenas den påföljd, att den dömde förklaras ovärdig att i rikets tjänst vidare nyttjas.

2. Mistning af ämbetet på viss tid.

Medan staten sålunda helt naturligt måste förbehålla sig rätt att i särskilda fall så förfara beträffande de ämbetsmän, som i dess egen tjänst äro anställda, äger staten å andra sidan gifvetvis ingen dylik allmän rätt beträffande dels i enskild tjänst varande personer med afseende på denna deras tjänst, dels personer, hvilka icke innehafva tjänst hos andra, men som utöfva enskild verksamhet.

Och i hvarje fall bör observeras, att, om också läkare genom laga dom enligt här åberopade §§ blifvit dömd till afsättning eller suspension, så är han därmed ingalunda frändömd sin behörighet att såsom enskild praktiserande utöfva läkarekonsten. Denna behörighet kan, enligt nu gällande författningar, helt enkelt icke fråntagas den. som en gång förvärfvat densamma, hvad helst han låter komma sig till last. I detta afseende intaga läkarne en undantagsställning, som

är ganska märklig och som bör ses i sammanlikning med hvad inom en del andra områden är förhållandet.

Motionären redogör nu för de förordningar, enligt hvilka dels för vissa yrken hos dessas utöfvare fordras vissa kvalifikationer, dels den meddelade yrkesrättigheten kan återtagas.

Jag vill tillåta mig att med några exempel styrka min öfvertygelse om behöfligheten af att jämväl beträffande läkarekonstens utöfvare möjlighet funnes att använda den ultima ratio, som ligger i ett frandömande under vissa omständigheter af behörigheten att praktisera. Följande utslag har för några år sedan af en rådhusrätt fällts angående en svensk läkare.

— — — — — — — — — — — — — — — — — —

»Enär genom hvad i målet förekommit får anses lagligen ådagalagdt, att A., hvilken antagits till agent och förtroendeläkare för försäkringsaktiebolaget B., efter samråd med hustru C., på veterligen falska, af honom i nyssberörda egenskap lämnade uppgifter angående C:s hälsotillstånd jämte andra omständigheter, under år - här i D. hos nämnda bolag förskaffat sig försäkring å C:s lif till belopp af ett tusen kronor,

samt A. härigenom gjort sig skyldig till ansvar för bedrägeri och trolöshet mot hufvudman enligt 4 kapitlet 1 § samt 22 kapitlet 2 §, jämförda med 1 § och 14 § strafflagen,

ty och då A. förklarats saker till ansvar, ej mindre af denna Rådstufvurätt genom utslag den — — — för dels tre särskilda mot bolaget B. föröfvade bedrägeribrott jämlikt 4 kapitlet 1 § samt 22 kapitlet 2 §, jämförda med 1 § och 14 § strafflagen, dels ett bedrägeribrott, jämväl föröfvadt mot bolaget B., jämlikt nyssberörda lagrum samt 3 kapitlet 3 § strafflagen, och dels två särskilda bedrägeribrott, föröfvade det ena mot försäkringsbolaget E. och det andra mot försäkringsbolaget F. jämlikt 3 kapitlet 3 § samt 22 kapitlet 2 §, jämförda med 1 § strafflagen, än ock af Rådstufvurätten i G. genom utslag den — — — för delaktighet jämlikt 3 kapitlet 4 § strafflagen i ett bedrägeribrott enligt 22 kapitlet 2 §, jämförd med 1 § samma lag,

alltså pröfvar Rådstufvurätten med tillämpning af ofvan angifna utslag och i förmåga af ofvan omförmälda lagrum samt 22 kapitlet 22 § och 4 kapitlet 5 § strafflagen rättvist döma A. -- hvilken gjort sig förfallen för hvartdera af fyra mot bolaget B. föröfvade bedrägeribrott till straffarbete i ett år samt förlust af medborgerligt förtroende under tre år, fran det han efter utståndet straff blifvit frigifven, för ett mot bolaget B. i afseende å C:s försäkring föröfvadt bedrägeribrott till straffarbete i tio månader samt förlust af medborgerligt förtroende under två år från frigifningsdagen, för hvartdera af två bedrägeribrott, föröfvade det ena mot försäkringsbolaget E. och det andra mot bolaget F. till straffarbete i nio månader samt förlust af medborgerligt förtroende under två från frigifningsdagen samt för delaktighet i ett mot försäkringsbolaget H. föröfvadt bedrägeribrott till straffarbete i fem månader -- att i en bot undergå straffarbete i tre år samt vara förlustig medborgerligt förtroende, till dess tre år förflutit från det han efter utståndet straff blifvit frigifven.

— — — — — — — — — — — — — — — — — —

Sedan den dömde utstått sitt straff lär han omedelbart hafva återvändt till sin förra hemort och där, trots allt och innan han ännu återfått honom frändömdt medborgerligt förtroende, förvärfvat en betydande enskild praktik. Fortfarande ägde han »behörighet att utöfva

[illegible] verkande [illegible] egna [illegible] icke [illegible] anmärkning af [illegible] intyg [illegible] under [illegible] tjänstgöringsbetyg [illegible] studien till medicinal- [illegible]

[illegible] tillräcklig grund för den [illegible] att, om han därtill för [illegible] personer, som i sådant [illegible] icke kunna förmenas [illegible] vederbörande [illegible]

[illegible] såsom framgår af kungl. [illegible] en tillförlitlig [illegible] att de [illegible] bevismedel [illegible] lifsförsäkrings- [illegible] Då för sådant ända- [illegible] förtroende. [illegible] så synes det [illegible] af framtida [illegible] att af med. [illegible] förses med an- [illegible] fattigvårdsnämnden i D. [illegible] i hvilken det påstods, [illegible] att verkställa foster- [illegible] sedan offentligen [illegible] sin ställning såsom [illegible] på tillräckliga bevis, lag- [illegible] strängaste fällande [illegible] i full utöfning [illegible] bibehållna behörighet [illegible]

Det [illegible] i vårt land en tidigare ganska [illegible] sinnessjukdom, så att han [illegible] kunde förklaras fullkomligt [illegible] ansökningar om platser, men [illegible] förklarade sig icke kunna gifva honom något för- [illegible] Han var på papperet fullt kompetent, men medicinalstyrel- [illegible] sig [illegible] af icke hafva kunnat meddela N. N. något [illegible] på grund af sjukdom. Hans sjukdom var icke genom [illegible] konstaterad, men han kunde icke förskaffa sig friskbetyg. H[illegible] sålunda aldrig få någon af medicinalstyrelsen tillsatt tjänst. [illegible] hindrade icke att en kommun, som icke kände hans sinnes- [illegible] kunde erbjuda honom att, med eller utan kommunens under- [illegible] bosätta sig inom kommunen såsom privat-praktiserande läkare med alla de betänkliga vådor, som däraf kunde härflyta.

Om en annan, för flera år sedan tjänstgörande läkare hade sig kollegerna ganska noga bekant, att han led af s. k. paralysie générale, och det sades, att han, i sitt af sjukdom omtöcknade sinnestillstånd, ansåg sig äga full rätt att gifva svårt sjuka patienter så stora doser morfin, att de däraf genom döden befriades från sina lidanden. Men det var icke möjligt att befria det samhälle, där han verkade, från denne, numera aflidne utöfvare af läkekonsten.

Uppenbart är, att sådana läkare, som här exempelvis omnämnts, icke endast äro vådliga för sina medmänniskors lif och hälsa, utan därjämte kunna föranleda ganska stora ekonomiska skador. Det förhåller sig nämligen så, att af läkare utfärdade intyg och förklaringar i stor utsträckning läggas till grund för ofta nog högst betydande ekonomiska transaktioner. Jag vill i detta afseende, andra lätt funna exempel förbigångna, särskildt omnämna det beroende, hvari hela lifförsäkringsväsendet är däraf, att de vederbörliga läkareintygen äro fullt pålitliga. Likaledes kan i detta sammanhang påpekas, hurusom ej sällan stora intressen, ekonomiska, moraliska, juridiska intressen, som beröra personers lif, ära och gods, äro afhängiga af exempelvis obduktioner och undersökningar angående personers sinnestillstånd. Svårligen lär väl, under nuvarande förhållanden, en domstol kunna förvägra laga vitsord at ett obduktionsprotokoll eller ett utlåtande öfver sådan undersökning, som här nämnts, äfven om den underskrifvande läkaren varit en brottsling, frådömd medborgerligt förtroende.

Såsom af exemplen framgår, kunna de förhållanden, som skulle kunna tänkas föranleda förlust af legitimationen, vara af hufvudsakligen två slag, nämligen dels sådana, som stå i samband med ett af läkaren begånget brott, dels sådana som sammanhänga med ett sjukligt sinnestillstånd hos läkaren. Den senare gruppen af hithörande förhållanden är jämförelsevis svår att närmare bestämma, och den frågan bör undersökas, om icke redan bestående lagbestämmelser, målmedvetet tillämpade, kunde vara tillräckliga för att råda bot för därmed i samband stående missförhållanden. Väsentligt lättare att formulera och att i praktiken genomföra äro bestämmelser rörande den första, med läkarens brottslighet sammanhängande gruppen af anledningar till förlust af behörigheten att praktisera. Det bör emellertid där tagas under ompröfning, huruvida denna förlust endast bör drabba läkare, som gjort sig skyldig till sådant brott, som står i samband med hans yrke, eller om den bör ifrågakomma jämväl vid andra förbrytelser. I hvarje fall synes mig en suspension af behörigheten böra inträda under den tid, som för brott dömd läkare till äfventyrs är medborgerligt förtroende förlustig.

I sammanhang härmed bör tagas i öfvervägande den eventuella proceduren vid frådömandet af behörigheten, därvid bestämmandet kan läggas antingen helt och hållet i den civila domstolens eller helt och hållet i medicinalstyrelsens hand, eller ock så förfaras, att den civila domstolen dömer i brottmålet och medicinalstyrelsen sedan afgör den särskildt här asyftade påföljden.

Mot bestämmandet af behörighetens frådömande såsom en straffpåföljd har invändts, att man genom denna åtgärd visserligen beröfvade de dömde rättigheten att »utöfva läkarekonsten och från apotek föreskrifva jämväl häftigt verkande eller giftiga läkemedel», att man hindrade dem att utskrifva legalt giltiga betyg och attester, att man minskade eller i bästa fall måhända tillintetgjorde förtroendet för dem hos den allmänhet, hvilken finge kännedom om förhållandet. Men allt detta skulle icke hindra, att sådana afdankade läkare utöfvade samma praktik, som i ingalunda ringa mån alltjämt utöfvas af s. k. kvacksalvare.

Såsom ett exempel på huru en sådan afdankad läkare kan tänkas verka, må nämnas, att det funnits en medicine kandidat, hvilken icke mäktat fullfölja sin examen, men hvilken vid något tillfälle haft ett kortare förordnande såsom sjukhusläkare. Denne »praktiserade» sedermera litet hvarstädes, skrifvande intyg och attester, och angifvande sig själf såsom »f. d. sjukhusläkare», därmed bedragande godtroget folk.

Frågan om rätta behandlingen af dem, som, utan att vara läkare, dock utöfva medicinsk praktik, är en svår och ömtålig fråga.

Den lagstiftning rörande kvacksalvare, som i vårt land förefinnes, är ganska gammal och föråldrad. Den ännu alltjämt gällande förordningen af 1688 afsåg att skydda mot medicinsk praktik af »apotekare, kirurger, okulister, bråck- och stensnidare, badare, kryddkrämare och materialister — både för den fara och skadliga konsekvens, som deras kurer pläga förorsaka, som ock för det ingrepp som medicis uti deras profession sämedels sker». Gifvetvis motsvarar ingalunda 1688 års förordning våra dagars friare åsikter om rättighet för enskilda, äfven icke läkare, att bispringa med sjukvård, men den omfattar å andra sidan icke heller det vidsträckta område, där det moderna kvacksalveriet är verksamt. Man har därför synnerligen svårt att komma åt de verkligt samhällsvådliga kvacksalvarne och charlatanerna, för så vidt de icke bevisligen vållat skada eller begagnat i vanlig handel förbjudna gifter.

Tydligt är sålunda, utan att jag här behöfver frambära någon vidlyftig bevisföring, att beträffande personer, som, utan att vara läkare, utöfva medicinsk praktik, erfordras en ny, fullt modern lagstiftning, som å ena sidan skyddar samhället mot verkliga vådor och å andra sidan lämnar utrymme för den frihet i berörda afseende, som kan anses nödvändig och lämplig.

* * *

Med anledning af hvad jag nu haft äran anföra, tillåter jag mig hemställa,

att Riksdagen i skrifvelse till Kungl. Maj:t ville anhålla, det täcktes Kungl. Maj:t

dels låta verkställa utredning, om och i hvad mån läkare må, såsom straffpåföljd eller af annan orsak, kunna för längre eller kortare tid frantagas rätten att utöfva läkareverksamhet;

dels låta verkställa utredning angående de villkor och bestämmelser, som samhället till sina medlemmars skydd bör stadga med afseende på medicinsk verksamhet, utöfvad af personer, hvilka icke äro läkare;

dels därefter inkomma till Riksdagen med de förslag, som häraf kunna föranledas.

Bilaga A. till Älvsborgs läns läkarförenings underdåniga framställning om förbättring i farsotssjukvården å landsbygden.

Utdrag ur läkarnes konceptböcker m. m. rörande resor för farsotssjukdomar i Älvsborgs län.

Vänerborgs distrikt.

År 1899.

Tjänsteresa till T. i S. R:s s:n, 26 dec. *Tarmtyfus.*

Endast en sjuk på ett ställe, nämligen hustru E. Sjukdomen var ganska elakartad, den sjuka legat i feber med häftig oafbruten yrsel i 14 dagar.

Den sjuka jämte husfadern och 4 minderåriga barn voro sammanträngda i ett litet rum. Ingen sjuklokal, dit den sjuka kunde öfverföras. Mannen ensam om att vårda såväl barnen som den sjuka. Sjukvården måste därför blifva särdeles bristfällig och renligheten desslikes. Någon sjuksköterska eller åtminstone en något så när händig person att biträda i sjukvården fanns ej att tillgå. Den sjukas tillstånd var därför upprörande betänkligt.

Husfadern erhöll undervisning om huru den sjuka skulle vårdas. Därefter lämnades såväl till husfadern som till grannarna muntliga och tryckta råd och föreskrifter om hvad iakttagas skulle mot sjukdomens spridning: såsom om isolering, renhållning inomhus etc. samt desinfektion.

1900.

Tjänsteresa till B. och O. i V. N:s s:n, den 6 mars. *Difteri.*

2 hushåll å B. och 2 d:o i O. besöktes. På ett ställe husfadern, hustrun och 2 barn, på ett ställe en dotter, på 3:e stället 4 barn, på 4:e stället 2 sjuka och 3 döda. Summa 11 sjuka och 3 döda.

I O. bebodde de drabbade hushållen blott hvar sitt lilla eländiga rum, uselt hållna och jämväl smutsiga. Förhållandena voro här desto betänkligare, som ena husfadern är gårdsrättare och följaktligen har med arbetarna beröring, den andra är ladugårdskarl och sysslar med mjölken, som försäljes.

Någon isolering af de särskilda familjemedlemmarna var här ej af nöden, enär sjukdomen attackerat alla, och samtliga måste anses impyrda med smitta. De måste därför vårdas i hemmen, hvilka skulle från umgänge med utomstående skiljas. Ingen sjuksköterska att tillgå.

Tjänsteresa till F:s socken den 9 oktober.

Inalles besöktes 9 ställen, hvarvid påträffades 6 sjuka i och 10 tillfrisknade från *difteri.*

Sjukdomen var ganska elakartad och visade tendens till ett långvarigt förlopp.

På torpställena rådde trångboddhet och ej så obetydlig osnygghet. Bondehemmen voro rymliga och tilläto de sjukas öfverflyttande till särskilda rum. Dylika isoleringsåtgärder blifva emellertid af föga värde på grund af befolkningens totala brist på uppfattning af smittosamheten med däraf följande oförmåga att rätt iakttaga gifna föreskrifter. I ett fall konstaterades t. o. m. bestämd tredska att följa föreskrifterna, en tredska, som kommunalnämnden ej synes kunna öfvervinna, och som ej torde vika utan verksamma åtgärder från Konungens Befallningshafvandes sida.

Tjänsteresa till S. och K. i V. N:s s:n, 25 oktober. *Difteri.*

2 ställen besöktes: 1) I samma hus 1 dödt och 1 tillfrisknadt barn, ur olika hushåll. 2) 1 familj med 1 sjuk. I samtliga fallen kruppsymptom. Sjukdomen har i spridda fall uppträdt en längre tid, och trots förbud lära fäderna gått på arbete i T:s verkstäder under pågående sjukdom i hemmen.

Isolering i de trångbodda familjerna var omöjlig och begreppet om smittosamhet syntes jämka sig efter mödrarnas bekvämlighet. I ett litet rum om c:a 20 □-meters golfareal bodde å ena stället 9, å andra stället 7 personer. Dessutom en ganska anmärkningsvärd

osnygghet i de trånga bostäderna. Undervisning lämnades angående sjukas vård, hvilken får ombesörjas af föräldrarna. Sköterska saknas, likaledes epidemilokal.

Tjänsteresa den 25 november till H. i G. s:n. *Tarmtyfus.*

En 24-årig arbetare sjuk. De sanitära förhållandena bedröfliga. I samma rum, som den sjuka låg, hade 2 andra karlar sina sofplatser. Smutsigt och snuskigt i hög grad. På andra sidan om den lilla förstugan en smutsig mjölkkammare. Från stället såldes mjölk till trakten omkring, och samma person, som skötte den sjuka, hade hand om mjölkhandteringen.

— —

1901.

Tjänsteresa till F. i R:s s:n, den 7 februari.

På ett ställe voro 4 barn sjuka i *difteri.* Kort förut hade ett barn dött därstädes efter 3 à 4 dagars sjukdom, som med säkerhet varit difteri, ehuru föräldrarna sökt intala grannarna, att det bara var »förkylning». Begrafningsgillet lär hafva varit rätt talrikt besökt. Smittan härrör sig från den bland S. fabriksarbetare gängse epidemien. Hemmet var ett trångt, smutsigt och eländigt kyffe.

— — — — Smittrening af samtliga vid S. fabriker arbetande är anordnad, och skall under respektive K. N:s tillsyn grundlig smittrening göras i *alla* de hem inom U., F., R. och G. socknar, där arbetare från S. bo eller inhysas. Kungörelse härom har tillställts Kom. N:s ordf. i F., R., U. och G. socknar.

Föreskrifterna genomfördes och epidemien, som pågått mer än ett år, upphörde.

1902.

Tjänsteresa till torpet S. under F. i V. T:s s:n, den 12 dec. *Difteri.*

3 insjuknade. Hos 2 af de insjuknade var sjukdomen komplicerad med (på grund af snusk och vanvård) utbredd ekzem med skorf öfver hårbeklädda delen af hufvudet samt med stora varbulnader å nacken m. m. — I familjen funnos flera små barn; ytterst snuskigt, trångt och eländigt. — På grund af skrifvelse och tillsägelse från undertecknad hade K. N:s ordf. anordnat en liten tillfällig lokal för de sjukas vård i en torpstuga bredvid. Sjuksköterska hade jag ditsändt genast, de sjuka öfverförda dit och hemmet smittrenadt. Som från sköterskan inkommit anmälan, att lokalen var obeboelig och vimlade af råttor; att i ett rum bredvid inhystes arbetare, hvilka förde oväsen m. m. och att säker isolering af de sjuka var omöjlig, ansåg jag ditresa nödig för att rätta missförhållandena.

Sjuklokalen, som upplåtits, var en utrymd, obeboelig torpstuga: gistet golf, murkna, otäta väggar; potatis, vatten m. m. frös inne i rummet, där såväl de sjuka som deras föda samt sköterska med matlagning voro inhysta. Intet kök. Uppvärmning från en ytterst liten järnspis (kokspis, hvilken först saknade rökrör). Sedermera insattes en liten osande fotogénkamin för sjukrummets uppvärmning.

För att ej halka på isbelagda golfvet hade nedlagts klossar, plank och brädstumpar att hoppa på.

I ett eländigt kyffe bredvid och med en tunn dörr emellan inhystes arbetare, sysselsatta vid ett i närheten beläget större byggnadsföretag.

Det för sjukvård upplåtna rummet var så eländigt, att arbetare vid nämnda byggnadsföretag icke velat logera där, trots omöjligheten att i grannskapet erhålla bostad, utan hellre vandrade lång väg.

Tack vare sköterskans energi och omsorg syntes sjukdomen på återgång, hvarför jag ej ansåg mig nu böra yrka på ny lokal för dessa sjuka, helst detta skulle kräft oskälig tid att genomföra.

Det gjorde ett pinsamt intryck att se en rik kommun kunna anordna ett så uselt rum för sina sjuka, ett rum, som ej ens af friska kunde bebos.

Anmärkning: De sjuka barnen tillfrisknade. Huruvida de sedermera drabbats af följdsjukdomar har jag icke kunnat utröna.

Sjuksköterskan blef af umbäranden och svårigheter sjuk och återhämtade sig icke på lång tid.

Norra Dalslands distrikt.

(Provinsialläkaren.)

Som jag helt kort tid, endast något öfver ett halft år verkat som tjänsteläkare inom mitt distrikt och därunder gjort jämförelsevis få tjänsteresor för smittosamma sjukdomar, kan mitt bidrag till kännedom om förhållandena beträffande vården af farsotssjuke härstädes blifva helt ringa.

Af de ställen, jag besökt, hafva i ett de sanitära missförhållandena varit synnerligen starkt framträdande, nämligen hos en brukarefamilj i N. K., Å. socken.

Vid besöket 17 aug. d. å. befunnos 2 barn insjuknade i difteri. Hela familjen, man, hustru och 7 barn, bodde i ett rum; de sjuka och friska barnen lågo om hvarandra, ej det minsta försök till afskiljande hade gjorts, ehuru enligt föräldrarnas egen uppgift förut tillkallad läkare starkt framhållit nödvändigheten häraf, och ehuru i bostaden fanns ett rum, afsides liggande, som med mycket ringa besvär kunnat iordningställas för de sjukes isolering. Den största oordning och orenlighet var rådande i och omkring huset, och tydligen fattades både förmåga att hålla snyggt och särskildt äfven god vilja att ställa sig gifna föreskrifter till efterrättelse. Tjänsteläkaren bemöttes vid besöket mycket snäsigt och förslag till ändringar till det bättre bemöttes med invändningar och missnöje. Det är allt för antagligt, att de skarpa föreställningar, som gjordes husfadern, uttalades för fullkomligt döfva öron.

Äfven i familjer med högre social ställning finner man ju mycket ofta synnerligen bristfälliga anordningar vid smittosamma sjukdomar. Så har jag vid en tjänsteresa för någon tid sedan till en prästgård funnit 2:ne familjens sjuka barn »isolerade» i ett par rum innanför kyrkoherdens expeditionsrum med öppen kommunikation till detsamma. Fadern tittade ibland in till barnen, och inom familjen syntes ett tämligen lifligt umgänge äga rum, hvilket torde hafva gjort isoleringen tämligen illusorisk.

Under de 14 år, jag tjänstgjort som provinsialläkare, har jag fått den bestämda uppfattningen, att de af staten bekostade tjänsteresorna

för smittosamma sjukdomar föga motsvara sitt ändamål. Å orter, där ordentliga epidemilokaler i kommunerna finnas, kunna de ju vara till nytta, men där isoleringen måste ske i hemmen, torde de helt och hållet förfela sitt ändamål. Det är tydligt, att de missbrukas och af familjen betraktas endast som vanliga sjukbesök, för hvilka vederbörande lyckas undandraga sig betalningen; sedan behandlingen af de sjuka blifvit ordnad, frågas ej det minsta efter läkarens föreskrifter i öfrigt Detta torde framgå däraf, att jag funnit det vanligt från min förra verkningskrets, att t. ex. lindriga fall af scarlatina så godt som aldrig anmälas till kommunalnämndens ordförande vid sjukdomens uppkomst, men däremot tämligen samvetsgrant vid uppträdandet af eftersjukdomar såsom nephriter, lymphadeniter o. s. v., då läkarevård anses behöflig, och att *då* kallelse till tjänsteresa utfärdas, sedan den sjuke ett par veckor fritt fått uppträda som vandrande smittohärd. Ett ytterligare bevis för min ofvan uttalade uppfattning är, att det en gång händt, att en husfader, som af kommunalnämndens ordförande erhållit en kallelse till tjänsteresa för scarlatina att till mig öfverlämnas, vid sin hemkomst funnit barnet bättre och ej i behof af läkarvård, och därför helt enkelt behöll kommunalnämndens ordförandes till mig såsom tjänsteläkare ställda skrifvelse.

I allmänhet torde man kunna påstå, att tjänsteläkaren erhåller mycket litet stöd af kommunalnämnderna, för hvilka gällande författningar synas vara en död bokstaf.

Det åligger ju tjänsteläkaren att efter hvarje tjänsteresa till K. N:s ordf. lämna skriftligt meddelande om åtgärder mot smittans spridande m. m. Hvad effekt dessa skrifvelser hafva får man sällan veta, men jag vet, att jag en gång å ett kommunalnämndssammanträde aftvingat ordföranden en bekännelse, att han kastat mina skrifvelser olästa i papperskorgen.

Då en gång en handlande fått ett fall af scarlatina i sin familj och, utan iakttagande af några försiktigsåtgärder, delade sin tid mellan familjen och handelsboden, lyckades jag genomdrifva vid ett kommunalnämndssammanträde, att han vid vite ålades att ställa sig gifna föreskrifter till efterrättelse; då han delgafs detta beslut, meddelade kommunalnämndens ordförande honom, att beslutet ingalunda vore ett uttryck för kommunalnämndens uppfattning, utan vore att betrakta som ett påhitt af tjänsteläkaren, och uppmanade honom att öfverklaga beslutet. Låter otroligt, men är sant.

Det är fullkomligt i sin ordning, att läkaren måste lämna meddelande till kommunalnämndens ordf. om fall af smittosamma sjukdomar och åtgärder mot smittans spridande, men det förefaller mig vara minst lika nödvändigt, att kommunalnämndens ordf. genom författning förpliktigas att i sin ordning med anledning däraf till läkaren afgifva rapport om och i så fall huru han verkställt de föreskrifter, som lämnats.

Under nuvarande förhållanden synes mig läkarens kamp mot farsoters uppkomst och spridning vara föga fruktbringande, men så mycket mer tröstlös och nedslående.

(Sjukstugeläkaren i Åmål.)

Mitt verksamhetsområde omfattar hufvudsakligen 7 socknar med en sammanlagd folkmängd af omkr. 8,000 personer. Under den relativt korta tid jag varit med, har här visserligen ej, om man undantager en socken, några större eller långvarigare epidemier förekommit, men fall af farsotssjukdomar ha ju då och då uppträdt, och har jag alltid fått en känsla af otillfredsställelse med epidemisjukvården på lands-

bygden trots alla energiska försök till förbättringar härutinnan som gjorts. Alla med hithörande frågor mera förtrogne äro numera ense om, att bästa sättet för hindrande af farsoters spridning är att skyndsammast öfverföra de första sjukdomsfallen till därför lämpliga lokaler eller sjukhus, och detta gäller enligt mitt förmenande lika väl för landsbygden. Ty i ett flertal fall, synnerligast vintertiden, bebor hela familjen ett enda rum, äfven om flera finnas. För ej så länge sedan var jag t. ex. kallad till ett hem på landet, där föräldrarna jämte 8 barn i åldern 1—16 år, af hvilka 2 lågo insjuknade i difteri, bebodde samma rum, det enda, som fanns och där äfven maten lagades, och liknande fall förekomma nog ej så sällan. Någon isolering i hemmen är ju här ej tänkbar, men hurudan sjukvården och risken för smittans spridning blir, låter ju lätt tänka sig. På den vanliga uppmaningen att genast öfverföra de sjuka (hvilkas tillstånd tillåta det) till epidemilokalen — ty sådana uppgifves finnas i hvarje socken här — får man alltid det svaret, att »där kan ingen sjuk vårdas«, »ej i ordning«, »där finns ej ens en säng« o. dyl. I anmälan till ordf. i kommunalnämnderna har alltid, då något fall af farsotssjukdom yppat sig, bestämdt framhållits, att epidemilokalen skyndsammast bör iordningställas och den eller de sjuka dit öfverföras. I några kommuner ha visserligen försök till iordningställande af epidemilokaler gjorts, men har det gått så långsamt därmed, att de ej användts. I en kommun har intet eller litet åtgjorts trots upprepade difterifall anmälts år efter år.

Vid en utbrytande epidemi, så anlitas läkare först, tycks det mig, sedan ett eller flera dödsfall inträffat; lättare sjukdomsfall kunna oftast omedelbart dessförinnan spåras, hvilka ju också bort isoleras, och fall förekomma nog också, då det ej är bristande kunskap om sjukdomens natur, som gör att anmälan i tid ej gjorts i enlighet med hälsovårdsstadgans kap. 4 § 33, 2.

(Praktiserande läkaren.)

I början af 1904 kallades jag en dag till ett bruk, ej fullt en half mil från B. Den sjuke, en ung man på några och tjugu år, var angripen af difteri. Familjen, endast bestående af man, hustru och den sjuke sonen, förfogade öfver ett rum och kök, hvaraf det förra efter vanligheten stod på parad. Med stor svårighet lyckades det mig att öfvertala föräldrarna att inflytta den sjuka i »paradrummet«, tills jag hunnit vidtaga andra åtgärder, hvarjämte jag naturligtvis meddelade dem stränga isoleringsföreskrifter. Följande dag återkom jag fullkomligt oväntadt, och därvid befanns icke endast den sjuke kvarliggande i köket, utan vid ett bord sutto 5 arbetare sysselsatta att intaga sin middag; om dessa »inackorderingar« hade man visligen aktat sig att nämna något för mig. Att finna ett *verksamt* korrektiv mot sådant, i hvad form det nu än må uppträda, torde blifva en af de svåraste uppgifterna vid en eventuell omarbetning af epidemistadgan.

Melleruds distrikt.

(Provinsialläkaren.

Beträffande farsotssjukvården i Melleruds distrikt äro förhållandena med afseende å hygienen och de sjukas vård sådana, att de i förstnämnda hänseende äro i nästan hvarje fall synnerligen bristfälliga, och att sjukvården af denna anledning ofta blir mindre gynnsam.

läkarekonsten och från apotek föreskrifva jämväl häftigt verkande eller giftiga läkemedel». Fortfarande måste at hans legala intyg, dödsattester m. m. gifvas allt det officiella förtroende, som lagen förklarat honom medborgerligt hafva förbrutit. Med anledning af de många obehag, som uppstodo på grund af särskildt de utaf doktor A., under den tid han saknade medborgerligt förtroende, utfärdade dödsattester, vände sig stadsläkaren inom den ifrågavarande staden till medicinalstyrelsen, som svarade:

Alldenstund gällande författningar icke stadga förbud för den, som är i mistning af medborgerligt förtroende, att, om han därtill för öfrigt är berättigad, med läkarevård tillhandagå personer, som i sådant syfte hänvända sig till honom, torde det icke heller kunna förmenas med. lic. A. att utfärda dödsbevis; ankommande det på vederbörande att därå fästa det afseende, hvartill de finna fog.

Dödsbevisens uppgift var ursprungligen, såsom framgår af kungl. kungörelsen den 4 november 1859, att åvägabringa en tillförlitlig statistik öfver dödsorsakerna. Men erfarenheten har äfven lärt, att de af läkare utfärdade dödsbevisen icke sällan åberopas såsom bevismedel i rättegångar, exempelvis vid tvister om lif- och olycksfallsförsäkringsersättningar, till och med i arfsfrågor och dylikt. Da för sådant ändamål ett af en läkare, den där är i mistning af medborgerligt förtroende, utfärdadt dödsbevis gifvetvis ej bör tillmätas vitsord, så synes det medicinalstyrelsen lämpligt, att Ni — till förekommande af framtida olägenheter — tillser, att sådana dödsbevis, som komma att af med. lic. A. utfärdas under den tid, han saknar god frejd, förses med anteckning härom, innan de inläggas till förvar hos hälsovårdsnämnden i D.

För ett antal år sedan fanns en läkare, om hvilken det påstods, att han begagnade sin konst bland annat till att verkställa fosterfördrifningar, och en annan läkare har för icke länge sedan offentligen utpekats för att hafva i osedligt syfte missbrukat sin ställning såsom läkare. Ingendera af dessa kunde, af brist pa tillräckliga bevis, lagföras; men äfven om de hade blifvit drabbade af den strängaste fällande laga dom, så hade de, efter aftjänadt straff, återinträdt i full utöfning af sin en gång förvärfvade och sedan orubbligt bibehållna behörighet att praktisera.

Det fanns för icke länge sedan i vårt land en tidigare ganska väl meriterad läkare, som träffades af en sinnessjukdom, så att han icke var fullt normal, utan att han likväl kunde förklaras fullkomligt vansinnig. Gång på gång inlämnade han ansökningar om platser, men medicinalstyrelsen förklarade sig icke kunna gifva honom något förordnande. Han var på papperet fullt kompetent, men medicinalstyrelsen sade sig »under senare år icke hafva kunnat meddela N. N. något förordnande på grund af sjukdom». Hans sjukdom var icke genom något intyg konstaterad, men han kunde icke förskaffa sig friskbetyg. Han kunde sålunda aldrig få någon af medicinalstyrelsen tillsatt tjänst, men detta hindrade icke att en kommun, som icke kände hans sinnestillstånd, kunde erbjuda honom att, med eller utan kommunens understöd, bosätta sig inom kommunen såsom privat-praktiserande läkare med alla de betänkliga vådor, som däraf kunde härflyta.

Om en annan, för flera år sedan tjänstgörande läkare hade sig kollegerna ganska noga bekant, att han led af s. k. paralysie générale, och det sades, att han, i sitt af sjukdom omtöcknade sinnestillstånd, ansåg sig äga full rätt att gifva svårt sjuka patienter så stora doser morfin, att de däraf genom döden befriades från sina lidanden. Men det var icke möjligt att befria det samhälle, där han verkade, från denne, numera aflidne utöfvare af läkekonsten.

Uppenbart är, att sådana läkare, som här exempelvis omnämnts, icke endast äro vådliga för sina medmänniskors lif och hälsa, utan därjämte kunna föranleda ganska stora ekonomiska skador. Det förhåller sig nämligen så, att af läkare utfärdade intyg och förklaringar i stor utsträckning läggas till grund för ofta nog högst betydande ekonomiska transaktioner. Jag vill i detta afseende, andra lätt funna exempel förbigångna, särskildt omnämna det beroende, hvari hela lifförsäkringsväsendet är däraf, att de vederbörliga läkareintygen äro fullt pålitliga. Likaledes kan i detta sammanhang påpekas, hurusom ej sällan stora intressen, ekonomiska, moraliska, juridiska intressen, som beröra personers lif, ära och gods, äro afhängiga af exempelvis obduktioner och undersökningar angående personers sinnestillstånd. Svårligen lär väl, under nuvarande förhållanden, en domstol kunna förvägra laga vitsord åt ett obduktionsprotokoll eller ett utlåtande öfver sådan undersökning, som här nämnts, äfven om den underskrifvande läkaren varit en brottsling, frändömd medborgerligt förtroende.

Såsom af exemplen framgår, kunna de förhållanden, som skulle kunna tänkas föranleda förlust af legitimationen, vara af hufvudsakligen två slag, nämligen dels sådana, som stå i samband med ett af läkaren begånget brott, dels sådana som sammanhänga med ett sjukligt sinnestillstånd hos läkaren. Den senare gruppen af hithörande förhållanden är jämförelsevis svår att närmare bestämma, och den frågan bör undersökas, om icke redan bestående lagbestämmelser, målmedvetet tillämpade, kunde vara tillräckliga för att råda bot för därmed i samband stående missförhållanden. Väsentligt lättare att formulera och att i praktiken genomföra äro bestämmelser rörande den första, med läkarens brottslighet sammanhängande gruppen af anledningar till förlust af behörigheten att praktisera. Det bör emellertid där tagas under ompröfning, huruvida denna förlust endast bör drabba läkare, som gjort sig skyldig till sådant brott, som står i samband med hans yrke, eller om den bör ifrågakomma jämväl vid andra förbrytelser. I hvarje fall synes mig en suspension af behörigheten böra inträda under den tid, som för brott dömd läkare till äfventyrs är medborgerligt förtroende förlustig.

I sammanhang härmed bör tagas i öfvervägande den eventuella proceduren vid frändömandet af behörigheten, därvid bestämmandet kan läggas antingen helt och hållet i den civila domstolens eller helt och hållet i medicinalstyrelsens hand, eller ock så förfaras, att den civila domstolen dömer i brottmålet och medicinalstyrelsen sedan afgör den särskildt här åsyftade påföljden.

Mot bestämmandet af behörighetens frandömande såsom en straffpåföljd har invändts, att man genom denna åtgärd visserligen beröfvade de dömde rättigheten att »utöfva läkarekonsten och från apotek föreskrifva jämväl häftigt verkande eller giftiga läkemedel», att man hindrade dem att utskrifva legalt giltiga betyg och attester, att man minskade eller i bästa fall måhända tillintetgjorde förtroendet för dem hos den allmänhet, hvilken finge kännedom om förhållandet. Men allt detta skulle icke hindra, att sådana afdankade läkare utöfvade samma praktik, som i ingalunda ringa mån alltjämt utöfvas af s. k. kvacksalvare.

Såsom ett exempel på huru en sådan afdankad läkare kan tänkas verka, må nämnas, att det funnits en medicine kandidat, hvilken icke mäktat fullfölja sin examen, men hvilken vid något tillfälle haft ett kortare förordnande såsom sjukhusläkare. Denne »praktiserade» sedermera litet hvarstädes, skrifvande intyg och attester, och angifvande sig själf såsom »f. d. sjukhusläkare», därmed bedragande godtroget folk.

hus, torde kostnaden för provinsialläkarnes tjänsteresor med anledning af farsotssjukdomar vara nästan bortkastade pengar — från det allmännas sida sedt. Denna min åsikt, till hvilken jag kommit under min verksamhet som landsortsläkare, har jag i all anspråkslöshet velat uttala.

Jag går nu att meddela några utdrag af till Kungl. Medicinalstyrelsen afgifna rapporter om tjänsteresor, företagna med anledning af farsotssjukdom.

Rapport, daterad 27 mars 1901.

— — — Antal insjuknade: 11 — — — —

Angående uppkomsten af sjukdomen uppgafs på alla ställena, att barnen fått den i skolan. Detta torde nog vara öfverensstämmande med sanna förhållandet, enär fall af skarlakansfeber i februari yppat sig i hemmanet H.— i ofvannämnda socken, hvilka fall, ehuru de blifvit för kommunalnämndens ordförande anmälda, af denne hvarken i rätt tid inrapporterats till Kungl. Maj:ts Befallningshafvande, ej heller anmälts för undertecknad, distriktets läkare, med anmodan att besöka sistnämnda hemman. Effektiva åtgärder för hindrandet af sjukdomens spridning från detta ställe hafva sålunda icke blifvit vidtagna. I Å. där sjukdomen, troligen införd från H.— också yppade sig i februari månad, hade barnen skickats i skolan under affjällningsstadiet; sannolikt har förfarits på samma sätt i H. — — — — —

Rapport, daterad 25 nov. 1901. — — — —

— — — Med största sannolikhet kunde antagas, att sjukdomen nförts från grannställen, där Difteri uppträdt. Det har nämligen på grund af epidemiens lindriga beskaffenhet visat sig nästan omöjligt att förmå medlemmarne af de smittade familjerna att iakttaga de gifna föreskrifterna mot smittans spridning. — — — —

— —

Rapport, daterad 22 okt. 1903.

— — — — Ett 5-årigt barn låg synbarligen in agone; en 15-årig yngling företedde en angina utan tydlig beläggning. — — —

— — Sjukdomen hade sannolikt införts, men på hvilket sätt kunde ej utrönas. Troligt är, att den kommit från Ö. socken, där Difteri en tid varit gängse. Sanitära missförhållanden: trångboddhet, orenlighet, förfallet boningshus. — — — —

Vidare anmodades barnens fader att om trenne dagar låta hämta mig; vid detta senare besök konstaterades, dels att det 5-åriga barnet aflidit, dels att trenne barn i familjen ytterligare insjuknat i Difteri; 15-åringen hade visserligen lämnat sängen, men led af en svår heshet.

— —

Rapport, daterad den 29 nov. 1903.

— — — — Insjuknade: 6. — — — — — — — — — — — — —

Vid min ankomst till stället befanns ett barn ligga i döende tillstånd; hos 5 andra barn syntes sjukdomen vara på återgång. Isolering kunde ej utföras.

— —

Rapport, daterad 14 mars 1904.

— —

Sanitära missförhållanden: Bostaden å torpet Gr. är af särdeles dålig beskaffenhet; den utgöres af en gammal s. k. ryggåsstuga med ruttet defekt golf samt stora springor i taket, så att det regnar in; den är osund och fuktig; dricksvattnet af dålig beskaffenhet. — — —

Till sist vill jag meddela ett utdrag ur en rapport till 1:ste provinsialläkaren, daterad den 22 nov. 1902.

— —

— — — — Med en dess bättre sällspord oförsynthet, hånande allt som kan hafva sammanhang med allmän hygien, har kommunalnämnden i F. socken sålunda erbjudit till epidemilokal ett till svinhus användt torphus och den nyuppförda trästommen till en torpstuga, denna stomme, utan murar, fönster, dörrar, golf och tak, därvid visserligen antyddes, att å den ofärdiga husstommen skulle göras några dagars eller en veckas reparationsarbete; allt detta under en pågående svår farsot och under vintertid.

Bjerke distrikt.

(E. prov.-läk.)

Den 26 maj 1905 kallades jag af K. N:s ordf. i M. socken att besöka soldaten G. K—s familj i M. by med anledning af att elakartad halssjukdom därstädes utbrutit.

Vid min ankomst befunnos 3 barn insjuknade i Difteri, af hvilka ett varit sjukt i 6 dagar och nu befann sig i hopplöst tillstånd. Han afled ock helt kort efter mitt besök. Försummelsen att i tid anmäla sjukdomen hade således med största sannolikhet kräft ett offer. Detta kan man med skäl påstå, så mycket mer som inga flera af de 13 fall, som den däraf följande epidemien omfattade dogo, utan visade sig samtliga fall, som i tid kommo i åtnjutande af en rationell vård, mycket tacksamma att behandla. Det var så mycket beklagligare, som grannen verkligen förut velat hämta läkare, men af modern till det sedermera aflidna barnet på det bevekligaste ombetts att ej göra så. Först när sjukdomen hotade taga en dödlig utgång påyrkade hon, att läkare skulle hämtas.

Detta fall kan i visst hänseende anses såsom typiskt för en hel del af landtbefolkningen.

Är det icke sannolikt, att ifall det funnes en för sitt ändamål uppförd epidemisjukstuga, snygg och trefligt inredd, hvarom allmänheten själf kunde genom besök öfvertyga sig, allmänhetens fördom mot att lämna sina barn till kommunens epidemisjukstuga vid förekommande smittosamma sjukdomar skulle försvinna? När man ser de lokaler, som kommunerna förhyra till epidemisjukstugor, är man verkligen böjd att ursäkta befolkningens misstro mot epidemisjukstugorna på landsbygden. Man måste likväl medge, att vården på epidemisjukstugan i alla fall blir bättre än i hemmen, och det borde ligga i befolkningens eget intresse att anskaffa goda lokaler, dit den med förtroende kunde sända sin barn, men den tanken har ännu ej uppstått hos vår landtbefolkning.

Förhyrd epidemisjukstuga fanns då i socknen.

Den 19 februari 1906 kallades jag af kom.-nämndens ordf. i St. M. S:n att besöka torparen J. S. i B. med anledning af att difteri misstänktes förefinnas därstädes. Vid min ankomst befunnos 6 barn sjuka i difteri. Första fallet hade inträffat den 5 febr., men ej förr än den 19 febr. tillkallades läkare, detta beroende på fattigdom och okunnighet om att läkaren kunde kallas på statens bekostnad. Äfven här kräfde sjukdomen ett offer, som kunnat undvikas, om vård i tid beredts den sjuka, ty ingen mer än ett barn, som vid mitt ofvannämnda besök låg i dödsrosslingar, dog under denna epidemi, ehuru ej mindre än 20 stycken insjuknade, hvilka samtliga fördas till socknens förhyrda epidemisjukstuga och där vårdades af distriktets sköterska.

Äfven detta fall kan på sitt vis anses såsom typiskt: många fattiga på landet dra sig för kostnaden att söka läkare och äro sam-

tidigt okunniga om, att i dylika fall läkarebesöket kan betalas med allmänna medel.

Dessutom bör ju vården och underhållet å kommunens epidemisjukstuga vara fritt för de fattiga. Som man ser äro okunnighet och fattigdom sjukdomarnes kraftigaste befrämjare.

Svenljunga distrikt.

(provinsialläkaren).

Beträffande epidemisjukvården i Svenljunga distrikt får jag till kännedom om de hittills rådande förhållandena härnedan bifoga ett kortfattadt utdrag ur konceptböckerna, berörande samtliga tjänsteresor från 1 januari 1903 till 1 juni 1906.

1903.

2 januari. Hemmansägare C. i F. i K. socken (4 mil); 2 barn sjuka i difteri. Isolerade i en liten kammaren »med trångt utrymme»; »de andra barnen kunde lätt få tillträde dit». Droppar att begagna till gurgling *»så godt de kunde»*.

6 januari. Hemmansägaren O. i B., H. s:n (1 mil); 2 barn sjuka i scarlatina; vård i hemmet ;»mindre noggrann renlighet», »särskild isolering af de sjuka finnes ej utrymme till».

9 januari. Torpare J. i H. i K. s:n (3,4 mil); 1 barn insjuknadt i difteri, genom smitta från ett ställe i närheten, där difteri förekommit månaden förut och där fadern gått på arbete. »Fattigdom och snusk, trasor och bristfälligheter i boningsrummets inredning». Vård i hemmet. Ingen isolering.

13 februari. Hustru P. i H. i K. socken (3,4 mil); 1 barn insjuknadt i difteri. Vård i hemmet. »men full isolering af den sjuka ifrån andra medlemmar af hushållet ej verkställbar». 7 syskon.

14 april. Torparen A. i H. i F. s:n (2,4 mil). 4 barn insjuknade i scarlatina, ett »med häftig yrsel, så att det med svårighet kunde hållas kvar i bädden». »Trångboddhet, så att hela familjen disponerade endast öfver ett rum». Hemvård. (Ingen epidemilokal.)

18 april. Änkan J. i F. s:n (2,3 mil). 2 barn insjuknade i scartatina. Tillfälle till isolering af de sjuka i särskild kammare intill köket; vård af epidemisjuksköterskan.

21 april. Nämndeman L. i Ö., F. s:n (1,6 mil). 1 barn sjukt af scarlatina. Isolering i särskildt rum i hemmet med modern som värdarinna.

21 maj. Godset L. i T. s:n (2,3 mil). Å 3 ställen sammanlagdt 5 barn insjuknade i difteri, däraf 2 aflidna. Å det först angripna stället, där dödsfallen förekommit, hade föräldrarne ej velat göra anmälan om sjukdomen för undvikande af familjens isolering. Vård i de fattiga hemmen under tillsyn af epidemisjuksköterskan.

3 juni. Skomakare G. i E. i T. s:n (1,7 mil). 1 barn sjukt i difteri. »Trångboddhet och mindre iakttagande af snygghet». Vård i ett särskildt rum under tillsyn af epidemisjuksköterskan.

3 juni. Järnvägsarb. J. i T. s:n. Själf sjuk i difteri. Den sjuke, som var inhyst i en familj i samma rum med denna och dess barn, flyttades till ett obebodt hus i närheten för skötseln af epidemisjuksköterskan.

13 juni. Torpet A. i T. s:n (2 mil). 2 barn sjuka i scarlatina. Familjen boende »i ett gammalt ruckel, där fattigdom och osnygghet äro rådande», »liggande väl isoleradt djupt in i skogen». Vård i hemmet af modern. Ingen epid.-lok.

6 juli. Arrendatorn S. i B. i M. socken (2,8 mil). 2 barn sjuka i scarlatina. Vård i hemmet af modern; »noggrann isolering af de sjuka från de friska ej fullt utförbar.» Ingen lokal att föra de sjuke till.

30 juli. Hemmansäg. W. i E. i A. s:n (2,2 mil). 5 barn sjuka i scarlatina. Vård i hemmet (af modern) i 3 sammanhängande rum.

19 augusti. Hemmansäg. S. i N.,A. s:n (2 mil). 1 barn sjukt i scarlatina. Afsides beläget ställe. Vård i hemmet »i ensamt rum».

28 september. B och R. i M. socken (3,5 mil). Å hvardera stället 1 barn sjukt i scarlatina. Vård i hemmen, å ena stället tillfälle till isolering från syskonen.

7 oktober. Torparen N. i B. i A. s:n (2,3 mil). 2 barn sjuka i scarlatina. Trångboddhet (1 rum för fam.) Vård i hemmet, (af brist på epidemilokal).

7 oktober. Hemmansäg. J. i S. 1 barn i skarlakansfeber. Isolering i särskildt rum.

1 november. Hemmansäg. S. i P., S. s:n (2,7 mil). 5 barn insjuknade i scarlatina. »Trångboddhet och bristande renlighet». »Någon verksam afsöndring af de sjuka från de ännu ej angripna kunde ej ske». (Ingen epidemilokal).

10 november. Hemmansäg. J. i St. M. i M. s:n (2,6 mil). 4 barn insjuknade i scarlatina. Vård i hemmet, då epid.-lok. ej fanns.

23 rovember. Hemmansäg. H. i R., S. s:n (2,7 mil). 4 vuxna personer (1 man, 3 tjänare) sjuka i scarlatina, »stället liggande väl isoleradt från andra». Hemvård, »undvikande af beröring med främmande».

26 november. Torparen B. i F. s:n (2,2 mil). 1 barn »betänkligt» sjukt i difteri, äfven med croupsymptomer. Vård i hemmet. (Ingen epidemilokal).

1904.

4 maj. Hemmansäg. P. i N., K. s:n, (2,8 mil). 1 barn svårt sjukt i difteri. Föräldrarne, det sjuka barnet och 5 syskon hade samma sofrum. Isolering i särskild bädd från syskonen. Vård af epidemisjuksköterskan.

23 juni. Torpare G. i E., K s:n (3,6 mil). 1 barn sjukt i difteri. »Trångboddhet. Endast ett rum för familjen». »Vård i hemmet», »men isolering af den sjuka omöjlig».

10 augusti. Å 3 ställen i R. s:n inalles 6 personer sjuka i rödsot, hvaraf en aflidit. Bristande renlighet. Vård i hemmen.

13 oktober. Hemmansäg. A. i E., M. s:n. 2 personer insjuknade i rödsot, hvaraf 1 aflidit, »snygghet ej iakttagen». Hemvård.

3 december. Torpet H. i K. s:n (3,4 mil). 1 yngling sjuk i difteri. Trångboddhet, fattigdom, snusk. Vård i hemmet. Isoleringsföreskrifter för »*hela familjen*». (Ej tillgång till epidemilokal).

1905.

22 februari. Fru S. vid E. station. 3 barn insjuknade i difteri, däraf 1 aflidit. Vård i hemmet. De sjuka »inlagda i särskildt rum».

13 april. Sergeant S, i A., E. s:n. En tjänsteflicka sjuk i difteri. Sedan föregående tjänsteresa 22 februari ytterligare 2 fall af difteri, och antages »att den sjuka ådragit sig sjukdomen vid besök å någotdera stället». »Den sjuka inlades i särskildt rum».

18 maj. Änkan J. i T., E. s:n. En dotter, 25 år, sjuk i difteri. Smittan ådragen från något af förut nämnda difteriställen. Endast 1 rum för familjen (4 personer). Vård i hemmet, »någon isolering kunde här ej förekomma».

22 juli. Arbet. S. i H., T. s:n (1,5 mil). Familjefadern och 3 barn insjuknade i tämligen svårartad difteri, däraf 1 barn aflidit. »Som socknen ännu ej äger något epidemisjukhus och enär nästan hela familjen var angripen af sjukdomen isolerades denna å det aflägset belägna hemmet och sköttes af epidemisjuksköterskan.»

28 september. F., soldat i F., Ö. s:n (0,9 mil). 2 barn insjuknade i scarlatina. Hela familjen, 6 personer, bodde tillsammans i ett osnyggt rum. Isolering af de sjuka från de ännu friska ej utförbar af brist på epidemisjukstuga i socknen; hemvård med isoleringsföreskrifter rörande hela familjen.

7 november. Torparen A. i R., M. s:n, 7 personer insjuknade i scarlatina. Som ingen epidemilokal ännu fanns i socknen, isolerades hela familjen i dess 3 rum med vård af modern och tillfälligt af epidemisjuksköterskan.

1906.

3 januari. Arbetarne J. och L. i E. s:n, 2 barn i hvardera familjen insjuknade i difteri, däraf en aflidit. I hvardera af de båda stathusen bodde 6 personer i ett enda rum, som samtidigt tjänade till kök». »Kommunalnämnden anmodades skriftligen att ofördröjligen ombesörja de sjukes vård med intagande på socknens epidemisjukstuga, som uppgafs vara förhyrd. — — Då det emellertid vid efterfrågan uppgafs, att den uppgifna »*epidemisjukstugan utgjordes just af dessa bebodda lägenheter*», erhöllo de sjuka vård i den ena af lägenheterna af epidemisjuksköterskan.

12 februari. Banvakt J. i I., M. s:n. 4 barn insjuknade i difteri, genom smitta från förstnämnda ställe. Mindre snyggt i hemmet. familjens 7 medlemmar hade 1 rum och kök. Ingen epidemilokal. Vård i hemmet med isoleringsföreskrifter för hela familjen.

22 februari. Torpet F. i Ö. s:n (1,7 mil). Ett barn sjukt i difteri. Otillfredsställande snygghetsförhållanden, men rymlig bostad, aflägsen belägen i en ödslig skogsmark. Af brist på utrustad epidemilokal måste barnet vårdas hemma. Isoleringsföreskrifter för hela familjen.

18 april. Torparen H. i S. och landtbrukaren K. i St., M. s:n (2,7 mil). Å förra stället 5, å andra 3 personer sjuka i scarlatina. De sjuka å förra stället, boende tillsammans med 5 friska personer, skulle isoleras i särskild lägenhet. Epidemisjukstuga fanns ej. Å senare stället isolering i hemmet af de sjuka från friska, men då denna kunde

misstänkas möjligen blifva mindre effektiv, måste föreskrifter därjämte lämnas om hela familjens isolering och om öfvervakande däraf.

15 maj. Komministerbostället B. i Lj. socken (0,9 mil). 2 barn insjuknade i rödsot. Isolering i hemmet.

Referat.

La cure de dechloruration. Af *F. Widal* och *A. Javal.* Paris 1906. 95 sid.

Ifrågavarande arbete utgör en liflig rekommendation af den koksalt-fattiga dietens användande vid vissa slag af nefrit; och om också inte den af förf. föreslagna metoden skulle visa sig regelbundet ge så vackra resultat, som de själfva synas förmoda, så är den i alla fall uppenbarligen väl värd att pröfva.

Inledningsvis erinras om koksaltets roll inom organismen under fysiologiska förhållanden, om dess hufvudsakliga uppgift att hålla kroppens safter vid en lämplig koncentration, att uppehålla ett visst osmotiskt tryck.

Den mängd koksalt, som dagligen intages med födan, uppgår i regel till 10 à 15 gm, och så godt som samma mängd återfinnes i dygnsmängden urin, då nämligen koksalthalten i fæces är försvinnande liten (utom vid diarrhé), och den med svetten afsöndrade koksaltmängden också är högst obetydlig. Koksaltet passerar sålunda oförändradt genom organismen efter att ha fyllt sin ytterst viktiga uppgift.

Det dagliga förtärandet af 10—15 gm koksalt måste emellertid betraktas såsom en lyxkonsumption, då kroppens behof af koksalt bevisligen är långt mindre.

Man vet ju, att det diande barnet nöjer sig med en bråkdel af nämnda koksaltmängd, att många forna och nu lefvande människostammar förtära sin föda osaltad, och man har experimentelt visat upp, att kroppen vid svält aflevererar endast några få gm koksalt med urinen pr dygn, en kvantitet, som alltså tämligen nära måste motsvara dess oundgängliga behof af koksalt. En dylik koksaltmängd — intill 2 gm — är just lika med den mängd, som ingår i en tillräckligt stor men osaltad dagskost.

Mot dem, som hålla före, att en sådan diet skulle medföra rubbningar i ämnesomsättningen i öfrigt eller till och med leda till albuminuri, invända förf., att det med experiment är visadt, att nämnda diet ej medför några vådor för organismen; och flera franska förf. ha under veckor till månader

pröfvat den på sig själfva utan några som helst obehag. Den bör då också, mena förf., utan risk kunna tillämpas vid nefrit, en tanke, som de senare meddelade experimenten synas tillfullo bekräfta.

Inom organismens safter står koksaltet uppenbarligen i ett mycket intimt förhållande till vattenmängden: den fysiologiska koncentrationen. Men kroppen äger förmåga att inom vissa gränser variera sin totalmängd af koksalthaltigt vatten. Minskar man för en frisk person plötsligt koksaltmängden i födan från 10 à 15 gr. till 1 à 2 gm., så förlorar kroppen under några dagar inte blott några gram koksalt, intill dess att koksalt-jämnvikt är uppnådd, utan dessutom en viss kvantitet vatten, så stor, att dess halt af koksalt ungefärligen motsvarar just den fysiologiska koncentrationen; och omvändt, höjes plötsligt dagsdosen koksalt till det ursprungliga värdet, så sker det så väl en koksalt- som en vattenretention, som precis motsvarar förlusten i förra fallet, och kroppsvikten, som först föll, stiger åter till begynnelsevärdet. Redan under normala förhållanden kan alltså en ökning eller minskning af kroppens koksalthalt framkalla en ökning el. minskning i dess vattenhalt — enligt experiment uppgående till inemot 2 liter vatten med en variation af koksaltmängden upp emot 10 à 12 gm.

Förf. se i detta fysiologiska förhållande en analogi till hvad de iakttagit specielt vid kroniska parenkymatösa nefriter med ödem: vid insufficiens i njurens förmåga att afskilja koksalt retention häraf primärt i själfva blodmassan, sekundärt och i öfvervägande grad i väfnadssafterna; till följd häraf och samtidigt därmed en retention af vatten i varierande mängd, men vanligen i en proportion, som mer eller mindre motsvarar koncentrationen i den fysiologiska koksaltlösningen; i sin helhet alltså en process, som, när den når tillräcklig styrka, slutar med att framkalla de synliga ödemen.

Är nu detta, som förf. anse, den innersta orsaken till ödemens uppkomst vid nefrit, så blir gifvetvis också (en sida af) behandlingen af nefritödemen den att ur födan borttaga helst så mycket koksalt, som människan enligt det föregående utan skada kan undvara, d. v. s. att inskränka dagsdosen koksalt till ungefär 1.5—2 gm. Antag, att i ett fall af kronisk nefrit med ödem njuren ej kan afsöndra mera än 5 gm koksalt pr dygn. Tillämpas då en diet, som i dagsransonen gifver högst 2 gm koksalt, så är uppenbarligen tillfälle gifvet för retentionskoksaltet att afgå i urinen i en daglig mängd af c:a 3 gm samtidigt med vatten i en däremot svarande kvantitet

(dock tämligen varierande). Detta är den enkla principen. Njurens insufficiens med afseende på koksaltutsöndringen tvingar sålunda till en afknappning af koksaltet i födan till ett minimum; men å andra sidan är det ett villkor för en framgångsrik behandling, att njuren i alla fall äger förmåga kvar att afskilja koksalt i en mängd, som mer eller mindre öfverstiger dagsdosen i födan. Ju större denna njurens resterande förmåga, desto bättre.

Förf. redogöra i detalj för ett fall af kronisk parenkymatös nefrit med ödem, där den koksaltfria dieten gifvits tidtals omväxlande med perioder, under hvilka pat. fått vissa noga afvägda mängder koksalt. Effekten har varit eklatant. Ödemen ha' försvunnit och kommit i ett påtagligt samband med minskningen eller ökningen af koksaltet i födan, betingande en variation i kroppsvikten af ända till 10 kg. Af intresse var, att sedan de synliga ödemen försvunnit, betingande en viktsförlust af 4 kg., så gick vikten (vid tillräcklig näring) ytterligare ned 6 kg., tydligen till följd af de s. k. präödemens afgång, hvilkas mängd och betydelse man så lätt är böjd att förbise. Den stora betydelsen af flitiga vägningar i hithörande fall påpekas. Utan att titrera på koksalt i urinen kan man af variationer i kroppsvikten direkt sluta till ökning eller minskning af ödemen.

Som nämndt är koksaltretentionen i blodserum ej synnerligen intensiv. Ifrån 5 à 6 gm pr liter, hvilket värde förf. uppge som det normala, stiger koksalthalten endast upp till 6 à 7 gm. Den öfriga mängden koksalt, som genom njurinsufficiens tvingas kvar i organismen, bildar med vatten först de s. k. präödemen, sedan äfven synliga ödem.

Frånsedt de direkta obehagen af ödemen (mekaniskt hinder, fara för infektion) erinras om de symptom, som enl. förf. stå i direkt beroende af koksaltretentionen. Hit höra således i främsta rummet genom inre ödem vållade rubbningar från inre organ, från digestionskanalen, lefvern och lungorna, vidare rent nervösa symptom såsom eklamptiska anfall och Cheyne-Stokes andning, hvilka symptom förf. regelbundet sett försvinna, så fort som ödemen reducerats vid koksaltfri kost; och slutligen påpekas, att en höjning af blodtrycket också är ett symptom af koksaltretention. Experiment ha visat, att allt eftersom denna ökat eller minskat, blodtrycket stigit och fallit. Urinämneretention skall däremot endast öfvergående och i hvarje fall mindre regelbundet än i fråga om koksalt äga förmåga att böja blodtrycket.

I sammanhang härmed pointeras skillnaden i symptom mellan de båda grupper af nefriter, som karakteriseras den ena

af koksaltretention, den andra af urinämneretention. Utmärkande för den senare är ofta allmän mattighet eller t. o. m. slöhet, stark aptitlöshet och gastro-intestinala rubbningar.

Njurens förmåga att afskilja koksalt är olika ej blott för olika slag af nefrit, utan äfven under olika stadier af samma nefrit. Af särskildt intresse är att iakttaga, hurusom redan under en tidig period af behandlingen med konstant och koksaltfri kost den afsöndrade koksaltmängden stundom stiger så småningom, tydande på en förbättring hos njuren med afseende på koksaltsekretionen, eller det visar sig, att njuren först senare förbättras på antydt sätt; i hvarje fall kan det hända, att njuren nästan fullständigt återfår sin förmåga i berörda afseende. Likaså är det betydelsefullt, att urinens halt af ägghvita ofta ses minska, samtidigt med att ödemen afgå, sannolikt beroende bl. a. därpå, att ödemen i njuren själf aftaga.

Mycket ofta är det lätt att konstatera, att vid ödemens minskande koksalt och vatten afgå med urinen just i den inbördes relation, som de ha i den fysiologiska koksaltlösningen. Men detta är långt ifrån alltid fallet. Ex. afgår koksalt i proportionsvis större mängd än vattnet; och i självfva verket torde väl alla öfvergångar finnas mellan förstnämnda förhållande gällande vissa fall af kronisk parenkymatös nefrit med ödem och de interstitiella nefriterna. Vid dessa senare ha förf. kunnat konstatera en tydlig och stark koksaltretention, utan samtidigt anhopande af vatten i organismen. Så har en koksaltfri diet framkallat ökad afgång af koksalt i urinen utan att kroppsvikten sjunkit; och omvändt har ökad koksaltmängd i födan bevisligen gifvit koksaltretention utan någon ökning af kroppsvikten. Den rikliga urinmängden vid interstitiel nefrit torde delvis ha sin grund i ökad törst till följd af anhopningen af koksalt.

Förf. diskutera frågan om orsaken till de ofta grava nervösa symptom, som stundom iakttagits vid alltför hastig resorption af nefrit-ödemen, och framhålla de olika hypoteser, som härvidlag blifvit framställda. Dylika symptom, som i allmänhet äro af öfvergående art, torde emellertid kunna undvikas, om man blott sparar på användandet af diuretica och tillser, att ej kroppsvikten sjunker per dygn mera än 1 à 1 1/2 kg. under behandlingen med den koksaltfria dieten, hvilken själf i de flesta okomplicerade fall skulle vara tillfyllest för att aflägsna ödemen.

Hufvudpunkterna vid en dylik kur för kronisk nefrit med ödem äro följande. Pat. ställes omedelbart på koksaltfri kost, som för öfrigt måste hålla ett tillräckligt antal kalorier. En

sådan föda kan naturligtvis variera betydligt, men torde lämpligen kunna sammansättas af osaltadt bröd och dito smör, kött, sötvattensfisk, ägg, grädde, potatis, ris, socker, saltfria legymer, sötsaker; som dryck chokolad, kaffe, te, och mjölk, vatten; allt i noga afvägda kvantiteter och proportioner, så att koksaltmängden ej öfverstiger 1 1/2—2 gm. Den flytande kosten bör ej uppgå till öfver 1 1/2 liter. Naturligtvis bör äfven hänsyn tagas till möjligen förhandenvarande kväfve-retention, och ägghvitan i födan i lämplig grad inskränkas; men förf. uppge som sin erfarenhet, att de mycket ofta funnit kväfvet afgå i tämligen normal mängd just vid de kroniska parenkymatösa nefriterna med ödem.

Pat. väges dagligen, helst före första målet efter att ha tömt blåsa och tarm. Koksaltbestämning i urinen med Volhards metod. I gynnsamma fall skall det snart visa sig, att koksaltet afgår i urinen i ökad mängd, samtidigt med att kroppsvikten sjunker: ödemen aftaga. Sedan dessa för syn och känsel fullständigt försvunnit, måste man emellertid fortsätta med samma diet ännu en tid, eller till dess kroppsvikten blir konstant, ty det gäller att äfven afdrifva präödemen, hvilket ofta betingar en ytterligare viktsförlust af flera kg.

En sänkning af kroppsvikten på 10 kg. under en vecka är ej ovanlig. Men ofta går det betydligt långsammare; och ibland får man nöja sig med att blott en del af ödemen försvinner.

Den »koksaltfria» dieten har härmed tydligen fyllt *en* mycket viktig uppgift. Men den har också en annan. Om den nämligen numera förändras från att vara s. k. koksaltfri till en efter förhållandena lämpad koksaltfattig, så afser man härmed, att åt patienten ge en sådan kost, som ej håller mera koksalt, än hans njure för tillfället förmår afskilja, och organismen skyddas sålunda från faran af en upprepad koksaltretention.

Under behandlingens fortgång är det af vikt att söka så småningom höja dagsdosen koksalt, hvarvid man gör till regel att nöja sig med en kvantitet, som ligger något under det högsta värde, som motsvarar njurens sekretionsförmåga för tillfället.

Om den koksaltfria resp. koksaltfattiga dieten gifves på antydt sätt, skall den sålunda medföra ödemens försvinnande jämte hela den rad af symptom, som kunna vållas af dessa; men den skall också kunna leda till minskning af albuminurien, och direkt terapeutiskt påverka njurens funktion med afseende på koksaltets utsöndring.

Förf. tveka ej heller att varmt förorda behandlingen vid de kroniska parenkymatösa nefriterna med ödem. Det faller

af sig själft, att de äfven gifva densamma vid interstitiel nefrit i enlighet med hvad äfven blifvit nämndt.

I många fall äro dock ej resultaten så lysande, särskildt i fråga om fall med komplikationer eller sådana, som stått mycket länge.

Af svettdrifvande medel och laxantia ha' förf. ej sett någon effekt på ödemen. Med svetten kan ju visserligen vatten, men blott en ringa mängd koksalt afgå, hvadan den härigenom ökade koksaltkoncentrationen inom organismen omedelbart leder till förnyad vattenretention; och de medikamentösa diarrhéerna ha visat sig hålla långt mindre koksalt än de spontana diarrhéer, som vid nefrit så ofta utgöra det medel, hvarmed organismen i självläkande syfte befriar sig från anhopadt koksalt.

Slutligen omtalas försök, som blifvit gjorda med nämnda diet vid hjärtfel. Det resultat man kommit till är, att koksaltfri kost kan hindra eller fördröja bildandet af ödem vid hjärtfel i inkompenseradt stadium. Har däremot kompensationen börjat komma i gång, och förefintliga stassymptom äro på retur, så gör mängden koksalt i födan hvarken från eller till.

I fråga om pleuriter skall dieten i någon mån hindra progressionen resp. återbildandet af ett exsudat; vid ascites äro resultaten mycket osäkra.

Det klart och redigt skrifna arbetet är ägnadt att väcka intresse och lockar till anställande af analoga försök med nefriter.

Ernst Wikner.

Insändt.

Med anledning af en uppsats: »Om fängelseläkarnes rättspsykiatriska sakkunskap», af Olof Kinberg, hvilken finnes intagen i n:o 13 af Läkartidningen, skulle jag vilja i korthet yttra mig, äfven med risk att få min »insändare» betecknad som »abderitisk», »pueril» ja t. o. m. »pretentiös». Det första intryck man erfar efter genomläsningen af herr Kinbergs uppsats är, att han, såväl som en del andra svenska sinnessjukläkare, som på senare åren uppträdt som kritici, därvid lägga i dagen ett så öfvermodigt sätt, att deras uppträdande helt visst åstadkommer en annan effekt, än hvad de torde åsyftat

Hvad befogenheten af den kritik af en del fängelseläkares tjänsteutlåtanden beträffar, hvilken herr Kinberg i ofvan nämnda uppsats ansett det tillständigt att prestera, vill jag ej yttra mig, enär jag förmodar, att herrar fängelseläkare själfva taga den saken om hand.

Men antaget, att kritiken delvis är befogad; att de svenska läkarnes psykiatriska kunskaper i allmänhet äro torftiga, skulle det då icke kännas som en bjudande plikt för våra utmärkta och skickliga sinnes-

sjukläkare att söka bibringa sina på det psykiatriska området så okunniga kolleger ett ökadt psykiatriskt vetande?

Jag tror, att detta skulle kunna till stor del realiseras genom utarbetandet af en lärobok i psykiatri (inclusive rättspsykiatri) på vårt modersmål.[1])

Något arbete i detta ämne på svenska, hvilket håller måttet inför våra moderna hyperkritiska sinnessjukläkare, finnes mig veterligen icke.

På norska och danska finnas åtskilliga arbeten (t. ex. af Holm, Lange, Friedenreich m. fl.), men de torde ej gillas och kanske ej heller vara tillämpliga på våra förhållanden.

Att en dylik lärobok på vårt språk skulle vara särdeles behöflig äfven från en annan synpunkt framgår tydligt, då man genomläser de uppsatser med psykiatriskt innehåll, som tid efter annan äro synliga i våra tidskrifter. Man träffar i dessa uppsatser på en massa uttryck, som först och främst icke kunna betraktas som svenska utan snarare som ett slags psykiatrisk »slang» och dessutom ibland äro obegripliga.

För att belysa detta, tillåter jag mig att ur en originalartikel »Om katatoni» af Frey Svensson, intagen i Hygiea, augusti 1902, göra ett urplock.

Där förekommer först ett nybildadt ord, »blödsinnighet», hvilket författaren dock medger vara en germanism. Månne icke det af Edvard Vestberg uti artikeln »Bidrag till kännedomen om sinnessjukdomarnes familiära uppträdande[2]) (Hygiea 1906) använda ordet »slösinthet» vara både vackrare och språkriktigare?

Men låtom oss gå vidare i Frey Svenssons uppsats, där träffa vi på bland andra följande uttryck: »manisk», »rörelselöshet» (menas därmed rörelsefrånvaro, rörelseoförmåga, orörlighet?), »negativ spänning» (= slapphet?) »drifthandlingar», »vanbildningar» »manérlighet», »motdrift», »viljedrift», »aflänkbarhet», »målföreställning», »rörelseinställelse», »känsloläget», »rörelseförslappning», »stelnade uttrycksrörelser», »särmärke», »vanlif», »utgångstillstånd», »känsloförflackning», »lifsförelse» (ett otäckt ord, danism, som väl ej bör införlifvas med vårt vackra språk), »stämningsläge», »föreställningsseghet», »föreställningstomhet» o. s. v.

I Kinbergs uppsats förekommer ordet »öfvervärdig»[3]) (sid. 204 på midten), hvilket är ett ord, som ej finnes i svenska språket. I Frey Svenssons uppsats »om katatoni» återgifves samma ord med uttrycket »öfverbetonad» (hochgewertet). I sistnämnda uppsats förekommer det obegripliga ordet »märkförmåga», hvilket enligt Kinbergs polemik (sid. 200, noten) är identiskt med det tyska »Merkfähigkeit» och af K. återgifves med »fixationsförmåga».

Medgifvas måste väl, att det skulle vara lyckligt för den svenska psykiatriens utveckling, om våra herrar sinnessjukläkare skulle vilja slå sina kloka hufvuden tillhopa och utarbeta en lärobok i psykiatri, från hvilken den hittillsvarande psykiatriska rotvälskan blefve bannlyst. Skulle därtill i denna eventuella lärobok ur världslitteraturen på området en systematisering af psykoserna kunna sammanställas, hvilken kunde finna nåd inför våra män af facket, blefve glädjen helt visst stor bland alla »icke psykiatriska» läkare i vårt land.

---

[1]) Det har ju bildats en psykiatrisk förening, skulle ej denna kunna upptaga frågan på sitt program?

[2]) Det är med verkligt nöje man genomläser den intressanta uppsatsen, ty den är skrifven på god svenska, hvilket numera tyckes vara bortlagdt af en hel del af våra moderna, svenska medicinska skriftställare.

[3]) Är troligen ej detsamma som högfärdig!

I Kinbergs uppsats förekommer å sidan 204 en redogörelse (öfversättning från något tyskt arbete?) för hvad *han* menar med en »impulsiv handling», hvilken redogörelse — med sina »kortslutningar och »öfvervärdiga» föreställningar — enligt min mening är en »praktfull psykiatrisk blomma» — för att tala på herr Kinbergs bildrika språk —, hvilkens »bouquet» jag afstår från att analysera. Att herr Kinberg ej är bevandrad i den svenska litteraturen på hithörande område har redan påpekats af öfverinspektören Schuldheis.

C. M.

Till frågan om fängelseläkarnes insikter i rättspsykiatri.

Ehuru de svenska fängelseläkarne i sista numret af Läkartidningen, låtom oss hoppas med tacksamhet och glädje, läsa, att doktor O. Kinberg med sitt i Hygieas okt.-häfte 1906 fällda hårda omdöme om dessa läkares rättspsykiatriska utlåtanden, att de icke äro till den grad abderitiska som de franska, icke velat fälla ett ofördelaktigt omdöme om fängelseläkarnes förståndsförmögenheter i allmänhet, utan härmed endast afsett att påpeka deras bristfälliga kunskaper i fråga, torde det dock kunna betviflas, om denna tillfredsställelse är alldeles ogrumlad. Doktor K. har nämligen i den hans uppsats åtföljande statistiken genom att omtala vid hvilka häradsrätter där anförda rättegångar varit anhängiggjorda och tiderna för desamma, gjort det lätt för hvar och en att uträkna, hvilka fängelseläkare haft den oturen att blifva utsatta för en besk kritik, hvilken sålunda blir rent personlig. Mot en dylik kritik, i hvilken enskilda personer fullt tydligt utpekas som okunniga och beskyllas för att framkomma med »puerila och löjliga funderingar» etc., måste jag på det bestämdaste protestera. Den gagnar icke, endast retar och sårar, och d:r K. skulle ej taga skada af att påminna sig den gamla sentensen: fortiter in re, suaviter in modo. Med lämpor och hygglighet kommer man lättare till målet än med öfvermod och arrogans.

I sak åter kan jag ej annat än instämma med d:r K. äfven uti hans tillbakavisande af t. f. fängelseläkares klagan öfver att han utan »åläggande» yttrat sig i frågan.

Fängelseläkarnes kunskaper i psykiatri och speciellt rättspsykiatri äro nog i allmänhet alldeles för små, då de flesta af dem ej hafva större utbildning än hvad som kan inhämtas under den obligatoriska tjänstgöringen i ämnet. Men ett kraf på vidlyftigare psykiatriska studier som kompetensvillkor för fängelseläkaretjänst och ökadt arbete inom fängelserna skulle naturligtvis omöjliggöra dessa tjänsters besättande, utan att lönerna betydligt höjdes. Härom har emellertid intet förslag framställts eller ens varit på tal, och för min del tror jag, att saken kan någorlunda nöjaktigt ordnas på annat sätt.

För att nu närmare ingå på de uppgifter, som d:r K. anser tillhöra fängelseläkaren som rättspsykiater, är den första, att fängelseläkaren skall undersöka hvarje rannsakningsfånge för att diagnosticera en möjligen befintlig sinnessjukdom eller psykisk undermålighet. Nåväl, detta medgifvet, är det nu så otänkbart att detta kan ske äfven under nuvarande förhållanden? Jag vill härmed icke påstå, att fängeleläkaren — såsom icke yrkespsykiater — i alla fall kan komma till ett säkert resultat, eller att icke här föreligger en ofta mycket vanskig

uppgift. Men d:r K. kan väl tillerkänna fängelseläkaren — liksom alla icke psykiatriska specialister öfverhufvud — så stor kompetens, att de i fall af psykisk abnormitet åtminstone komma till den misstanken, att dylik föreligger. Ansåge sig sålunda fängelseläkaren ha grundad anledning att misstänka en fånge för sinnessjukdom eller psykisk undermålighet, borde han vara skyldig att härom afgifva rapport till medicinalstyrelsen. Styrelsen skulle i sådant fall ha befogenhet att förordna om den misstänktes ögonblickliga intagande på hospital eller kriminalhospital för erhållande af sakkunnigt utlåtande. Att afgifva något motiveradt utlåtande angående misstänkta fall af sinnessjukdom skulle enligt detta förslag fängelseläkarne alldeles undslippa. På detta sätt skulle ju ock undvikas alla dessa dröjsmål med rättegångars afgörande, som nu uppstå därigenom att medicinalstyrelsen i många fall ej kan åtnöjas med fängelseläkarnes mer eller mindre otillfredsställande utlåtanden, utan måste inhämta hospitalsläkarnes utlåtanden för att få saker grund för sina egna. En dylik förenkling af nuvarande procedur skulle vara till allmän fördel och säkerligen med glädje hälsas af alla fängelseläkare. Dessa skulle sålunda befrias från det af d:r K. under n:o 2 angifna uppdraget, och likaledes borde konsekvent uppdraget att afgifva intyg angående samhällsvådlighet hos personer, som af medicinalstyrelsen förklarats sakna förståndets bruk, öfverlåtas till hospitalsläkaren eller medicinalstyrelsen själf.

Nu anförda förslag att hänvisa alla för psykisk abnormitet misstänkta fångar till hospital eller kriminalafdelning af hospital torde på dessa anstalter kräfva ett rätt stort antal platser eller helst föranleda uppförandet af en särskild anstalt, d. v. s. ha i släptåg ej obetydliga kostnader. De därmed förenade fördelarne, såsom ökad trygghet för eventuellt sinnessjuka att slippa dömas för brott, ökad snabbhet i rättsskipningen, minskande af de stora olägenheter, som åtfölja sinnessjukas vård inom fängelserna m. fl., äro emellertid betydande, och en fordran på en allmän och betydlig höjning af fängelseläkarnes psykiatriska kompetens skulle på däraf framtvungna löneförhöjningar i längden sannolikt ställa sig för staten lika dyrbar. *Fängelseläkare.*

(Insändt.)

E. provinsialläkartjänsten i Arvidsjaur.

Då insändarens uttalanden i denna fråga, utmynnande i uppmaning till allmän läkarestrejk gent emot Arvidsjaurs ledigförklarade ex. provinsialläkardistrikt, icke torde böra lämnas alldeles oemotsagda, vill undertecknade läkarestyrelse härmed framställa följande erinringar.

1. Anmärkta skrifvelse från en del enskilda personer till Kungl. Medicinalstyrelsen angående läkartjänstens besättande i Arvidsjaur, torde förtjäna en mildare dom, om man i den helt enkelt ser ett uttryck för det oafvisliga behofvet för en befolkning på 6,000 personer, spridda på ett område af 60 □mil med ofta dåliga kommunikationer, att hafva en fullt frisk och stark läkare att tillita vid förekommande sjukdomsfall. Erfarenheten under den del af det gångna året, hvarunder d:r S. utan vikarie bestridt tjänstgöringen, har nogsamt låtit såväl allmänheten som läkarestyrelsen känna, att d:r S:s beklagliga sjukdomsfall verkligen gjort honom otjänstbar, åtminstone för ett distrikt sådant som detta. Trots varm medkänsla med d:r S. har därför ock läkarstyrelsen sett sig nödsakad att, sedan dennes tjänstetid utgått, begära förordnande för annan läkare att bestrida tjänsten inom distriktet under ledigheten.

2. Insändarens argumentering för att ingen läkare borde genom att anmäla sig till tjänsten i Arvidsjaur söka undantränga d:r S. och beröfva honom hans lefvebröd synes ju vackert nog såsom uttryck för den kollegiala hänsynen till en sjuk kamrat. Men månne ej hela hans resonemang dock alltför mycket bygger på den tvifvelsutan alltför ohållbara utgångspunkten, att läkaredistrikten äro till för respektive läkares skull? En sådan uppfattning synes oss verkligen ovärdig den aktade läkarekåren, om hvars ärade medlemmar vi tro, att de flesta åtminstone ledas af en alldeles motsatt grundsats, den nämligen, att läkaren är till för att bispringa sina lidande medmänniskor och ej tvärt om. Under sådana förhållanden synes det otänkbart, att denna kårs medlemmar skulle vilja genom läkarestrejk gent emot en i saken alldeles oskyldig lappmarkskommun och dess sjuka demonstrera mot ett allmänt erkändt missförhållande i fråga om kårens pensionering.

3. Läkarstyrelsen för sin del och med den tvifvelsutan den öfvervägande delen af Arvidsjaurs befolkning har däremot aldrig ämnat draga sig undan att medverka till d:r S:s pensionering, sedan han genom sin sjukdom på ett så beklagligt sätt blifvit oförmögen till tjänstgöring. Men att kommun enligt insändarens förslag genom läkarstrejk skulle tvingas att ensam efter 12 à 13 års åtnjutande af dennas tjänst pensionera en läkare, som ins. själf med rätta inrangerat bland *statens* tjänstemän, det synes ju allt för obilligt. Däremot torde ingen svårighet möta att på ansökan af d:r S. af kommunalmedel för honom utverka ett bidrag till hans pension, motsvarande kommunens andel i läkarens aflöning, hvarefter väl ock utsikter torde finnas att af landsting och riksdag jämväl erhålla anslag efter samma grunder till en för d:r S:s ekonomiska existens behöflig pension.

4. Åtgärders vidtagande för denna frågas ordnande ha hittills hindrats af d:r S:s ovillighet att erkänna sin af sjukdom vållade otjänstbarhet, hvilken emellertid hvarje läkare, som varit i tillfälle iakttaga hans sjukdom, torde nödgas vitsorda.

5. Till sist också från oss en vädjan till den ärade läkarekårens medlemmar. Må vi ena oss om att på antydd väg med bidrag af stat, kommun och landsting söka ordna om lämplig pension åt d:r S., och det snarast möjligt, men låten ej de stackars sjuklingarna inom Arvidsjaurs vidsträckta distrikt ligga där och vänta på läkarhjälp, tills denna ekonomiska fråga på nöjaktigt sätt hunnit vinna sin lösning.

För Arvidsjaurs läkarbestyrelse:

Edv. Östman. *K. Sundelin.*

Styrelseberättelse.

Styrelsen för Aktiebolaget Läkartidningen får härmed afgifva berättelse för 1906 års förvaltning.

Tidningen utgick vid årets slut i en upplaga om 885 exemplar.

Bolagets inkomster och utgifter under det förflutna året samt ställning den 31 dec. 1906 framgå af följande tablå:

Inkomster:

Prenumerationsafgifter	8,430: 96	
Annonsafgifter	2,570: 13	
Räntor	717: 66	
Separattryck	247: 80	
Pärmar	22: 01	
Vikariatbyrån	110: 20	12,098: 76

Utgifter:

Redaktionen	4,588: 75	
Tryckningskostnader	6,098: 17	
Omkostnader	1,172: 87	11,859: 79

Tillgångar den 31 dec. 1906.

På deposition i A.-B. Stockholms Handelsbank	10,000: —	
Upp- och afskrifning hos L. R. Weylandt	2,632: 59	
Kassa	172: 03	
Inventarier	668: 20	
Utestående fordringar	261: 18	
Vinst- och förlustkonto	2,373: 77	16,107: 77

Skulder den 31 dec. 1906.

Aktiekapitalet	16,050: —	
Reservfonden	57: 77	16,107: 77

Då Vinst- och förlustkontots skuld till Aktiebolaget enligt 1905 års bokslut uppgick till kronor 2,522: 02 och i år till kronor 2,373: 77 framgår af denna tablå, att årets förvaltning lämnat ett öfverskott af kronor 164: 72, hvaraf Reservfonden godtgjorts kronor 16: 47. Dessutom har å Inventariekontot afskrifvits 10 % af dess värde eller 74: 25.

Stockholm den 23 februari 1907.

R. A. Wawrinsky

U. Müllern-Aspegren *Arthur Fürstenberg.*

Revisionsberättelse.

Undertecknade, utsedda att granska Aktiebolaget Läkartidningens förvaltning under å 1906, få efter fullgjordt uppdrag däröfver afgifva följande berättelse.

Revisorerna, som jämväl tagit del af styrelsens protokoll, hafva inventerat bolagets i kassafack i Stockholms Handelsbank förvarade värdehandlingar samt granskat vederbörliga bevis öfver hos dess bankir insatta bolaget tillhöriga kontanta medel.

Beträffande bolagets inkomster och utgifter under år 1906 samt bolagets ställning vid samma års slut hänvisa revisorerna till styrelsens berättelse, hvars härom lämnade uppgifter hafva befunnits öfverensstämmande med räkenskaperna.

Vid den sålunda verkställda granskningen har anledning till anmärkning ej förekommit.

Då revisorerna i allt funnit, att styrelsen med omtanke och nit vårdat bolagets angelägenheter, få de tillstyrka, att full och tacksam ansvarsfrihet för år 1906 måtte styrelsen beviljas.

Stockholm den 19 april 1907.

John C:son Sutthoff *Frith. Odenius.*

Delägarne
i
A.-B. Läkartidningen

kallas härmed till ordinarie bolagsstämma i Läkartidningens lokal, Fredsgatan 24, Stockholm, lördagen den 18 maj kl. ½ 11 f. m.

—

Hvarjehanda notiser.

Stockholms läns läkarförening hade den 18 dennes sitt vårsammanträde i Stockholm, hvarvid för arbetsåret valdes till ordförande d:r C. Dahlborg, Rimbo, till sekreterare d:r C. Håkanson, Väsby, och till kassaförvaltare d:r F. Berglund, Svartsjö. Därefter redogjordes för det synnerligen vackra resultat, som insamlingen till ett hem för obotligt sjuka inom Stockholms län redan visat. Då likväl alla teckningslistor ännu icke inskickats till sjukhemskommittén, beslöt föreningen att tills vidare uppskjuta med redovisningen af de insamlade medlen. Emellertid skulle undersökningen genast vidtagas angående lämplig lokal, för att hemmets verksamhet snarast möjligt skulle kunna begynna.

Malmö läkarförening sammanträdde torsdagen den 18 april kl. 7 e. m. i Hippodromen, hvarvid doktor M. Bohmansson föredrog Kasuistik från Epidemisjukhuset.

Gotlands läkarförening hade den 6 april sitt kvartalssammanträde å stadshotellet härstädes. Först företogs val af styrelse, hvarvid till ordförande utsågs d:r *D. Fischer*, till sekreterare d:r *A. Lagerman*, till kassaförvaltare d:r *Fr. Magnusson*, till öfriga styrelsesuppleanter utsågos d:r K. Bolin och d:r S. Engström samt till revisorer doktorerna K. P. Tollin och H. Krook. Att representera föreningen vid »allmänna svenska läkarföreningens fullmäktiges» sammanträde den 9 maj i Stockholm utsågs d:r Bolin. En liflig diskussion uppstod om Värmlands läkarförenings upprop till alla Sveriges läkarföreningar att söka hejda den nu allmänt pågående, oblyga öfversvämningen i handeln med humbugsmediciner och hemliga läkemedel (arcana), sådana som salubrin, lazarol, Herkules bälte o. s. v, som utpuffas såsom verksamma mot snart sagdt alla möjliga sjukdomstillstånd, och både direkt och indirekt förorsaka skada. Ett särdeles oblygt företag i detta hänseende ansågs vara de kringresande danska bandagisternas reklamer och försäljning af sina s. k. »bandager» *till onaturligt höga priser* — ett sätt att pungslå den godtrogna svenska allmänheten, som borde med all Gewalt förbjudas och hejdas. Styrelsen skulle till nästa sammanträde inkomma med lämpliga förslag såväl till åtgärder som till svar å skrifvelsen från Värmlands läkarförening. Vidare beslöts, att Gotlands läkarförenings »taxa» skulle revideras och ändras i enlighet med Kungl. Medicinalstyrelsens senaste förslag till Kungl. Maj:t samt förevisades af d:r Åkerblom en patient med harläpp, å hvilken å härvarande lasarett gjorts en mycket lyckad operation, öfver hvilken d:r Å. höll ett intressant och upplysande föredrag.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
En bat.-läk.-tj. v. Skaraborgs reg:te[1])	6 maj.
Las.-underläk.-tj:n i Karlshamn[3]) (löneförmåner: 1,800 kr. jämte fri bostad, frukost och aftonmåltid samt 420 kr. såsom ersättning för middag)	8 maj.
En biträd. läk.-tj. v. Vänersborgs hosp:s och asyls mansafdelning)	9 maj.
Extra prov.-läk.-tj:n i Öfvertorneå distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	10 maj.
Extra prov.-läk.-tj:n i Jockmocks distr.[2]) ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	10 maj.
Extra prov.-läk.-tj:n i Åhus distr. (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod; se annons i förra häftet)	11 maj.
Extra prov.-läk.-tj:n i Gellivare distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	13 maj.
Tvänne civila läk.-stip.-befattn:r[2])	16 maj.
Ex. prov.-läk.-tj:n i Svärdsjö distr. (omfattar Svärdsjö, Svartnäs och Envikens socknar af Kopparbergs län; med ett sammanlagdt invånarantal af 8,214 den 1/1 05; lön: 2,500 kr.; sökes hos distr.-styr:n, adr. Svärdsjö)	20 maj.
Reg:tsläk.-tj:n v. Skånska trängkåren[1])	22 maj.
En distr.-läk.-tj. i Helsingborgs stad (tillsättes för fem år fr. 18 nästk. okt., lön: 3,000 kr., sökes hos magistraten)	24 maj.
Extra prov.-läk.-tj:n i Arjeplougs distr.[2]) ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	27 maj

Lediga apoteksinrättningar:

Nya apoteket i Ryd[1]) (årlig pensionsafgift 200 kr.)	24 maj.
Apoteket i Säter (priv. uppskattadt till 1,000 kr.)	24 maj.

Af Kungl. Maj:t utnämnda eller transporterade:

Till bat.-läk. i reserven: lic. *P. U. A. Hylin.*

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Prov.-läk. i Karslkrona distr. m. m. *Olof Paulson.*
Marinläk. af 2:a graden *L. G. Flodqvist* (öfverflyttad till reserven).
Marinläk. af 2:a gr. i reserven *Ivar Bagge.*

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *S. Holmblad* t. f. prov.-läk. i Sundsvalls distr. 17—31 maj (t).
Lic. *G. Krikortz* t. f. stadsläk. i Mariefred 22 april—29 maj (t).
Fältl.-stip. *F. V. Cöster* ex. läk. v. 2:a lifgren.-r:tet fr. 30 april till riksdagens slut (t).
Fältl.-stip. *T. Amundson* t. f. stadsläk. i Vaxholm 29 april—21 aug. (t).
Lic. *P. Thulin* t. f. prov.-läk. i Engelholms distr. 25 april—24 maj (t).

Kand. *W. Mattisson* t. f. ex. prov.-läk. i Teckomatorps distr. 8—22 maj (t).
Lic. *V. Söderbaum* t. f. ex. prov.-läk. i Svärdsjö distr. 1—31 maj (v).
Lic. *V. Svedelius* t. f. stadsläk. i Alingsås 29 april—14 juni (t).
Las.-läk. *K. Dillberg* t. f. stadsläk. i Skellefteå 16 april—31 aug. (t).

Med. licentiatexamen

har i Lund aflagts af *G. Pallin.*

Död:

F. d. fördelningsläkaren m. m. medicine licentiaten *Axel Ludvig Evald Stridbeck* afled i Nässjö den 23 april vid 71 års ålder.

Provinsialläkaren i Eskilstuna distr., medicine licentiaten *Erik Häggström* afled den 26 april 53 år gammal.

Öfversikt af sammandragen af epidemirapporter

för halfva månaden 16—31 mars 1907.

	Städer.					Landsbygd.				
	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa
Stockholm	—	22	60	—	82	—	—	—	—	—
Stockholms län	—	—	—	—	—	1	5	8	—	14
Uppsala	—	—	4	—	4	1	10	23	—	34
Södermanlands	—	—	1	—	1	—	2	2	—	4
Östergötlands	1	2	2	—	5	32	19	—	—	51
Jönköpings	—	1	22	—	23	—	8	30	—	38
Kronobergs	—	—	—	—	—	—	1	32	—	33
Kalmar	—	—	4	—	4	—	8	19	—	27
Gotlands	—	13	—	—	13	—	6	—	—	6
Blekinge	—	—	12	—	12	—	—	10	—	10
Kristianstads	—	—	2	—	2	1	3	44	—	48
Malmöhus	3	12	34	—	49	2	5	28	—	35
Hallands	1	3	6	—	10	2	—	16	—	18
Göteborg	2	8	8	—	18	—	—	—	—	—
Göteborgs o. Bohus	—	—	2	—	2	—	5	13	—	18
Älfsborgs	—	2	—	—	2	1	2	30	10	43
Skaraborgs	102	1	4	—	107	42	4	38	—	84
Värmlands	—	—	—	—	—	—	4	3	—	7
Örebro	—	—	—	—	—	1	9	3	—	13
Västmanlands	—	2	2	—	4	1	7	7	—	15
Kopparbergs	1	—	—	—	1	—	—	6	—	6
Gäfleborgs	—	1	1	—	2	—	14	4	—	18
Västernorrlands	—	—	—	—	—	—	9	6	—	15
Jämtlands	—	3	—	—	3	—	1	1	—	2
Västerbottens	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
Norrbottens	—	—	2	—	2	—	—	9	—	9
Summa	110	70	166	—	346	84	122	334	10	550

Summa sjukdomsfall i hela riket: nervfeber 194, skarlakansfeber 192, difteri 500, rödsot 10. — *Akut barnförlamning* 8 fall (1 i Kristianstads, 2 i Västernorrlands, 5 i Norrbottens län). — *Nervfeber* i Linköpings distr. 26, i Sköfde stad 102 (däraf 90 vid Göta trängkår), i Hjo distr. 41 fall.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 10 maj 1907.

4:e årg. | Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER. | N:o 19.

Innehåll: PATRIK HAGLUND: Skoliosfrågan från icke-specialistens synpunkt. — Doktor Ernst Overtons kallande till professuren i Farmakologi i Lund. — Program för 13:de allm. sv. läkarmötet i Sundsvall. — Insändt. — Periodisk litteratur. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser.

Skoliosfrågan från icke-specialistens synpunkt.

Af

Patrik Haglund.

II. Behandling.

Om ock all behandling af verkliga skolioser — lindrigare eller gravare — om den skall hafva någon utsikt till framgång, i de allra flesta fall ovillkorligen hör hemma i för ändamålet utrustade gymnastiska och ortopediska instituter, å hvilka alla de behandlingsmetoder, som i olika fall af skolios och i olika stadier af samma skoliosfall måste tillgripas, finnas tillgängliga under sakkunnig läkares personliga direktion, får den undersökande och rådgifvande läkaren naturligtvis icke desto mindre vara väl i nivå med skoliosbehandlingens art och utsikter. Och om också, såsom ofvan blifvit framhållet, en hel del välmenta förslag att införa skoliosbehandlingen på familjeläkarens gebiet a priori kunna anses dödfödda, kan icke desto mindre den läkare, som omsorgsfullt undersöker en skoliospatient och förstår att bedöma det förevarande fallet, dels företaga en del profylaktiskt viktiga åtgärder, dels gifva ett råd angående behandlingen, som är vida värdefullare än ett chablonmässigt råd att t. ex. skaffa sig sjukgymnastik.

Den första fråga rörande terapin, som efter fullbordad undersökning uppställer sig, är då: beror den förevarande rygg-

radsafvikningen på en tilläfventyrs förefintlig benlängdsasymmetri och skall densamma under alla förhållanden medelst korkkil eller dyl. korrigeras? Denna fråga synes ju särdeles enkel att besvara; dock tål redan denna enkla sak någon debatt. Särskildt har i *Silfverskölds* omtalade artikel, hvilken synes hafva haft ett visst inflytande, denna fråga blifvit så lättvindigt behandlad, att det kan vara skäl att något närmare belysa saken.

Såsom förut framhållits, kan man vid ett stort antal af de skolioser, som på ett gymnastiskt institut komma till behandling, finna en påtaglig bäckensidolutning, i allmänhet sammanhängande med en benlängdsdifferens; det vänstra benet är på våra vanliga s. k. habituella skolioser särdeles ofta kortare än det högra. Detta förhållande är sedan länge väl kändt och många undersökare hafva på större och mindre skoliosmaterial sökt mera exakt afgöra frågan om benlängdsasymmetrins förekomst. Man har funnit mycket olika siffror, beroende dels på olika mätningsmetoder och den precision, hvarmed man har mätt, hvarjämte äfven materialets beskaffenhet säkert influerat. Man finner således uppgifter ända från 1 % *(Lorenz)* och 26 % *(Staffel)* ända upp till 81 % *(Sklifosowsky)* och 87,5 % *(Taylor)*. På Zanderska institutet i Stockholm, där ett stort material finnes samladt för en åtminstone approximativt värdefull undersökning af frågan, är så vidt jag vet ingen utredning af frågan ännu gjord; men nog tror jag mig kunna säga, att vänstra benet enligt mätprotokollen därstädes är kortare i åtminstone $^3/_4$ af alla fall, som mätas. Någon gång träffas det högra benet funktionellt kortare, i allmänhet da vid de sällsyntare formerna (höger-lumbal, vänster dorsal skolios). I Norge har *Natvig* funnit 22 % verkliga statiska skolioser och nu nyligen har *Silfversköld*, som nämndt, genom sina i vissa afseenden rätt intressanta mätningar af benlängden hos skolflickor i Göteborg, lämnat ett bidrag till frågan.

Den hos skoliospatienter vanliga benlängdsasymmetrin är således något sedan länge väl kändt, och ingen skoliosterapeut förbiser densamma, lika litet som han underlåter att i de fall, där indikation därtill förefinnes, genom korrektion af denna skelettasymmetri söka inverka till skoliosens förbättring. Men ingen skoliosterapeut i världen har hittills haft den allra ringaste lust att med *Silfversköld* utropa »Hvad tjänar väl massage, sjukgymnastik, ortopedi och bandager till i sådana fall? Icke lär man med dessa medel kunna påverka tillväxten.»

Ty för det första är det ej alls så klart, att en verkligt utbildad skolios, som förefinnes samtidigt med en förkortning af motsvarande ben, i denna benlängdsasymmetri har sin yttersta

orsak. Och för det andra vet hvar och en, som något litet sysslat med skoliosers behandling, att utjämnandet af en dylik statisk asymmetri ytterligt sällan förmår att bota ens den allra lindrigaste vänstersidiga lumbalskolios. Och jag skall här försöka närmare belysa dessa mina uttalanden.

Att en förefintlig benlängdsasymmetri vid uppkomsten af en skolios kan vara bestämmande för den *form*, som skoliosen tager, är utan vidare alldeles självklart. Men att den förefintliga benlängdsasymmetrin ej alltid behöfver gifva anledning till en skolios är lika säkert. Skelettet är sällan symmetriskt, och man torde kunna säga, att benen sällan äro fullt lika långa, ehuru ej alltid skolios förekommer. Man må ihågkomma, att till och med höggradiga skillnader i benens längd (knäledsresektioner etc.) ej behöfva gifva skolioser. De gifva visserligen en sidoböjning af lumbalregionen, då bäckenet (vid okorrigerad benlängd står snedt, men lumbalregionen är ej sällan fullkomligt mobil och sidoafvikningen blott en kompensatorisk hållning, som vid korrektion af benlängdskillnaden fullständigt försvinner. Någon skolios, d. v. s. förändring i ryggradens och dess delars form behöfver ej förefinnas. Finnes således en benlängdsasymmetri vid en skolios, få vi icke desto mindre söka oss om efter anledningen på annat håll (se t. ex. *Schanz's* schema!), innan vi äro på det klara med, att denna förevarande skolios har sitt upphof i en asymmetrisk bentillväxt. Gäller det en utbildad skolios hos en ung individ, vid hvilken redan alldeles ändrade belastningsförhållanden på ryggrad, bäcken och ben inträdt och blifvit konstant, måste vi äfven taga en annan sak i betraktande. Bland alla de faktorer, som befordra benens tillväxt, är utan tvifvel den intermittenta belastningen vid gången en af de viktigaste. Låt denna intermittenta belastning blifva asymmetrisk, större på ena benet än på det andra, så måste följden blifva en olika benlängd. Påträffar man således hos en utbildad skolios dylik benlängdsassymmetri, får man ej utan vidare antaga benlängden vara det primära, skoliosen det sekundära, det *kan* vara tvärtom.

Men äfven om man antager, att en förefintlig benlängdsasymmetri i alla fall är ett viktigt orsaksmoment till skoliosen, och att således en mycket stor procent af våra s. k. habituella skolioser äro statiska enligt den äldre terminologin, så följer därmed ingalunda, att korrektionen af benlängdsdifferensen är nog för att influera på skoliosen, eller ens att en dylik korrektion af benens längd inverkar fördelaktigt på skoliosen. Det är endast under vissa bestämda förhållanden, som den ordinerade korkkilen kan göra någon nytta, hvaremot den under andra förhållanden kan verka skadligt och alldeles bestämdt

bidraga till skoliosens försämring. Och endast den, som är fullständigt oförfaren i konsten att behandla verkliga skolioser, kan tro, att korrektion af en förefintlig benlängdsasymmetri i allmänhet är nog för att bringa en utbildad skolios till tillbakagang.

Korkkilen är emellertid i alla händelser ett mycket godt medel, bland andra, i skoliosens behandling. Och det vore en stor vinst, om de läkare, som ofta hafva tillfälle att undersöka barn, redan innan en möjligen förefintlig liten sidoafvikning hunnit antaga högre grad, således familje- och skol-läkare, hade ett skarpt öga för dessa, nu senast af *Silfverskôld* omtalade förhållanden. Måhända skulle då i ett eller annat fall redan genom en dylik enkel åtgärd en eller annan skolios kunna förebyggas eller motas så, att den ej antoge högre grad. Men detta kan endast gälla de fall, där ännu ej någon antydan till verklig skolios, d. v. s. en sidoafvikning med verkligen — om ock i aldrig så ringa grad — förändrade anatomiska och mekaniska förhållanden förefinnas. I sådana fall, som ännu stå på hållningsfelets stadium, men ännu ej gått till anatomiska förändringar af ryggraden och dess mjukdelar, kan säkerligen sidoafvikningen influeras genom korrektionen af benlängdsasymmetrin, och i dylika fall torde kunna förekomma, såsom *Silfverskôld* beskrifver det, ett skiftande spel af än afvikning till höger och än afvikning till vänster, varierande efter benens under uppväxtåren skiftande asymmetriska tillväxtförhållanden. Den, som dagligen sysslar med studiet af skolioser och äfven sysslar med deras behandling, kan omöjligen tänka sig, att dessa *Silfverskölds* uppgifter — om observationerna äro något så när riktiga — gälla annat än i dylika fall. Men med dessa fall kommer privatläkaren aldrig i beröring på sin mottagning. När en patient eller dennes anhöriga söker en läkare, »därför att flickan växer sned», är saken redan i ett helt annat skede. I 99 fall af 100 har skoliosen för länge, länge sedan lämnat det initialstadium bakom sig, i hvilket *Silfverskölds* iakttagelser och de däraf dragna, kuriösa slutsatserna kunna hafva något berättigande. Och det är fara värdt, att om praktikern af *Silfverskölds* framställning skulle låta sig förleda att bedöma de skoliosfall, som för ryggradskrökningens skull rådfråga honom, enligt *Silfverskölds* framställning, han skulle komma att begå stor orätt mot sina patienter. Det förefaller, som sagdt, som om *Silfverskôld* ofta haft för sig så små sidoafvikningar, att de vid noggrann undersökning kunna påträffas hos en mycket stor procent af växande ungdom. Dessa sidoafvikningar böra knappast indragas i debatten om skoliosens behandling, lika litet som

man bör kalla skolios den praktfulla sidoafvikning man kan åstadkomma genom att placera en normalväxt person med ena foten på ett några centimeter högt underlägg.

Då patienten söker läkaren på grund af en i hemmet eller hos sömmerskan eller på grund af andra tillfälligheter iakttagen snedhet, visar alltid en noggrann undersökning af patienten, att man redan har att göra med en verklig skolios, och därtill i 9 fall af 10 en redan långt gången skolios. Proc. spin.-linien kanske ännu visar en s. k. total vänstersidig skolios, men noggrann undersökning af thorax-formen och andra i förra artikeln omnämnda förhållanden visar, att vi redan hafva en, kanske två kompensationer, med andra ord, att skoliosen redan måste räknas till de jämförelsevis höggradiga fallen. Hvad kunna vi i dessa fall vänta af utjämnandet af den förefintliga benlängdsasymmetrin? I vanligaste fall är vänstra benet kortare, skoliosen är vänstersidig i lumbalregionen, dorsalkompensationen är högersidig. Är lumbalregionen af ryggraden fullt mobil, kan man med säkerhet påräkna, att ett underlägg af lämplig höjd under vänstra foten skall minska lumbalkröken och kanske nästan utjämna densamma. Så småningom skulle äfven den sekundära dorsalskoliosen och thoraxdeformiteten, som i allmänhet inträder vida tidigare än man i allmänhet tyckes anse, kunna genom de nya statiska förhållandena påverkas. Är däremot lumbalkröken något eller mycket rigid, blir det ingen alls utjämning af densamma vid underläggets placerande, men man ser i stället en annan allt annat än angenäm effekt af företaget. I synnerhet om öfvergångsregionen mellan lumbal- och dorsalkröken är mobil, faller i stället öfre delen af bålen med sin begynnande refbenspuckel öfver ändå mera åt höger, hvarigenom tyngdpunkten flyttas ännu ofördelaktigare ifrån midtplanet. En dylik åtgärd kan då möjligen eller sannolikt bidraga till, att den redan rätt höggradiga skoliosen antager allt svårare former.

Har man alltså konstaterat en benlängdsdifferens eller en bäckensidoslutning hos skoliospatienten, bör man empiriskt vid undersökningen afgöra, om ett underlägg under den lägre sidans ben bör anordnas eller ej. Man skall då se, huru man ibland ser deformiteter särdeles förtjänstfullt influeras af underlägget, ibland däremot alls ej, eller till och med i icke önskad riktning. Man rättar då sin ordination därefter. Någon gång kan man se, att en höjning under det längre benet verkar fördelaktigt på deformiteter, hvilket då beror på komplicerade bäckenrotationsförhållanden. I så fall kan man få anledning att ordinera därefter. Tilläggas bör, att korkkilen är ett medel att influera på en skolios, äfven i det fall där ingen benasym-

metri kan konstateras. En noggrann undersökning af fallet på förut angifvet sätt ger full klarhet, huru korkkilen bör användas, utan långa resonemanger.

Det kan emellertid ej nog betonas, att inte ens lindriga former af skolios med fördel kunna uteslutande behandlas med denna af gammalt välkända och särskildt här i Sverige mycket brukade s. k. antistatiska metod. Finnes, såsom tidigt blir fallet, dorsalkompensationen redan där, väntar man förgäfves på någon verklig kurativ effekt af kuren. Så pass långt gångna anatomiska förändringar föreligga redan i de fall, som vanligen på grund af bristande undersökning oriktigt nog kallas lindriga, och de gå, såsom en rik erfarenhet visat skoliosterapeuterna, ej så hastigt tillbaka, sedan man utjämnat benasymmetrin. — Äfven i dessa s. k. lindriga fall, och jag skulle nästan vilja säga, just i dessa fall, får man nog tillgripa det stora kardinalmedlet för de allra flesta fall af s. k. habituella eller s. k. statiska skolioser, den medicinska gymnastiken, om hvilken jag nu går att säga några ord.

Uppfattningen att skolioser måste behandlas med medicinsk gymnastik är hos oss sedan länge och med skäl så grundfast hos såväl allmänhet som hos läkare, att man därom ej behöfver upplysa någon. Däremot kan det vara skäl att yttra något litet om den gymnastiska behandlingens möjligheter och nästan framförallt om dess begränsning. Ty ständigt hörda yttranden från af läkare remitterade patienter lära snart gymnastikläkaren och ortopeden, att patienten alltför ofta ej har den ringaste föreställning om dessa saker, om hvad af en lång och i allmänhet dyrbar behandling kan väntas, med andra ord om prognosen för en behandling. Om det ock i en hufvudstad är enkelt nog att alldeles hänvisa patienten till en specialist, således alldeles afstå från att bedöma saken, så går saken ej så lättvindigt, då det gäller patienter å en ort, där dylik specialist ej finnes. Och det är utan tvifvel särdeles lyckligt för patienten, om hon eller hennes anhöriga vid bestämmandet af ett så stort företag, som att t. ex. resa till annan ort för att få lång tids institutbehandling, i förväg hade litet föreställning om behandlingen och dess utsikter. Skoliosbehandling — vare sig med uteslutande sjukgymnastisk behandling eller med andra metoder — är nämligen en så svår sak, att den endast på instituter, som äro för ändamålet väl rustade med assistens och redskap, kan med framgång bedrifvas. Skoliosbehandling af enskildt praktiserande sjukgymnaster är i alla fall t. o. m. de lindrigaste högst otillfredsställande och bör egentligen ej förekomma annat än som en ytterlig nödfallsutväg och i brist på annan möjlighet. Ännu

mindre tjänar det till att ens försöka föreskrifva några bestämda öfningar, som pat. ensam eller med hjälp af någon anhörig skall utföra i hemmet. Det har ännu ej lyckats någon läkare, — trots en mängd välmenta förslag, att uppställa s. k. »Selbstübungen» och att i hemmet improvisera redskap lämpade för redressionsöfningar, som under årens lopp framkommit — att förmå en skoliospatient genomföra en dylik kur med någon som helst framgång. De tyska, mycket energiska ortopederna använda visserligen en hel mängd s. k. »Selbstübungen», men de afse nog i så fall blott att inöfvas under en längre institutbehandling för att efter afslutad behandling öfvas i hemmet. Ej ens då torde de blifva till någon nämnvärd nytta.

På sista tiden har ett alldeles nytt försök att, som det heter, förenkla skoliosbehandlingen, kommit mycket buller åstad, nämligen *Klapps* skoliosbehandling. Med mycken reklam har den utspridts öfver världen; dock har densamma ännu ej gjort synnerligen mycket väsen af sig här i landet. *Klapps* har omsatt iakttagelsen, att fyrfotadjuren vid sin gång och vid språng gör större sidorörelser än människan vid gången, i praktisk skoliosgymnastik. Denna består af vissa rörelser och gångarter i fyrfotaställning. Dessa öfningar, hvilka fått namn af »Eisenbeergang», på grund af sitt mycket otympliga utseende, skulle vara så lätta att inöfva och dirigera, att de skulle åtminstone till en viss grad öfverföra skoliosterapin på familjeläkarens och allmänpraktikerns område. Och särskildt torde *Klapp* själf hafva blifvit en stor entusiast för denna reform på skoliosterapins område. Den, som litet sysslat med skoliosterapi och läser *Klapps* framställning, finner genast, huru grundfalsk denna *Klapps* förhoppning är. Så väl premisserna, som deras praktiska omsättning i skoliosgymnastik äro så långt ifrån oangripliga, att *Klapps* uppträdande knappt kan förklaras på annat sätt, än därigenom att han i själfva verket varit alldeles okunnig om skoliosens natur och dess af gammalt utbildade gymnastiska behandling. De omtalade fyrfotarörelserna kunna på sin höjd vara en för vissa fall lämplig tillökning af vårt rikhaltiga förråd af gymnastiska rörelser, särskildt då det gäller mobilisation af rigida skolioser, för hvilka ju en viss grad af mobilisation, är förutsättningen för all aktiv eller passiv korrektionsgymnastik. Utrymmet medgifver här ej att närmare ingå i kritik af *Klapps* första meddelande om sin nya metod (Münch. med. Wschr. 1905, s. 2311), hvilket erbjuder mycket rika angreppspunkter. Framhållas måste dock här, att K. som en stor och ny förtjänst i metoden framhåller, huru bäckenet vid hans behandling tages mera i anspråk som häfstång för redressionsöfningar än i andra behandlingsmetoder.

K. tycks ej känna till, huru såväl i den manuella sjukgymnastiken enligt *Lings* mönster, som i den *Zanderska* behandlingen ett helt förråd af rörelser, just baserade på användandet af bäckenet som häfstång finnas. För öfrigt har *Klapp* redan blifvit angripen och grundligt kritiserad från mera autorativt håll (*Schulthess* bl. a.).

Nej, det är nog tyvärr icke i förenklingens tecken, skoliosterapin kan göra några framsteg. Tvärtom. Endast genom att allt mera och mera energiskt använda alla mekanoterapins hjälpmedel, den manuella såväl som den maskinella gymnastikens alla resurser, kan skoliosterapin gå nämnvärdt framåt. Har den gymnastiska skoliosterapin på senare tider gått framåt, något som åtminstone synes obestridligen vara fallet à Tysklands större ortopediska institut, beror det utan tvifvel därpå, att en allt större och större energi, allt flera och flera mekanoterapeutiska hjälpmedel kommit till användning. Det blir allt mera och mera öfverallt tydligt, att en skoliosbehandling utanför större gymnastiska institut är af skäligen litet värde.

Hos oss finnas ju i Stockholm — och kanske i ett par större städer till — institut, à hvilka jämförelsevis energisk behandling anordnas för skoliosfall. Dock måste medgifvas, att man skulle kunna önska, att skoliosbehandlingen hos oss i allmänhet bedrefves mera energiskt. Särskildt synes det mig vara ett önskemål, om de bägge gymnastiska systemen, det *Lingska* och det *Zanderska*, kunde användas mera i kombination med hvarandra, än här sker. En skadlig separation är rådande. I utlandet ser man mindre dogmatiskt användande af ett visst system; en energisk skoliosterapeut använder i sin terapi manuell behandling och allehanda apparater af en mängd olika konstruktioner, hvilka han funnit lämpliga. Och med de gymnastiska traditioner, som hos oss finnas på detta område, borde kunna åstadkommas anstalter, à hvilka en mera energisk och säkert något mera resultatgifvande skoliosbehandling kunde gifvas.

(Forts.)

Doktor Ernst Overtons kallande till professuren i Farmakologi i Lund.

Med anledning af det uppseende och den ovilja, det på många håll väckt, att medicinska fakulteten i Lund beslutit föreslå att doktor *Ernst Overton*, assistent vid fysiologiska institutionen i Würzburg, kallades till första innehafvare af nyinrättade professorsämbetet i farmakologi, oaktadt han ej vore svensk undersåte och icke aflagt medicinska ämbetsexamina,

har redaktionen ansett lämpligt att ge en kortfattad redogörelse för denna befordringsfråga. Kännedomen om åtskilliga för de flesta helt visst obekanta fakta i denna befordringshistoria torde nämligen ställa fakultetens åtgörande i en helt annan dager och vara ägnad att lugna de nu på många håll uttalade betänkligheterna.

Vi följa därvid hufvudsakligen de »Handlingar» i ofvannämnda fråga, som fakulteten af trycket utgifvit. Öfver några punkter ha vi dessutom utbedt oss närmare upplysningar af fakultetens dekanus, professor Borelius, hvilken beredvilligt uppfyllt vår begäran, hvarför vi härmed frambära ett vördsamt tack.

Vid fakultetssammanträde den 26 jan. 1907 föredrogs en skrifvelse af dåvarande rektor, professor S. Ribbing, och nuvarande prorektor, professor J. Borelius, i hvilken de hemställa, att fakulteten ville till konsistoriet ingå med förslag, att doktor *Ernst Overton* i Würzburg måtte utan ansökan utnämnas till e. o. professor i farmakologi vid Lunds universitet. Af den utförliga motiveringen framgår i hufvudsak följande.

Då ifrågavarande plats af riksdagen beviljades, hade fakulteten grundade förhoppningar, att en af dess forne lärjungar och biträdande lärare (t. f. laboratorn i fysiologi, med. d:r Per Bergman, som redan med godt vitsord disputerat på en afhandling i näringsfysiologi, skulle efter i utlandet bedrifna specialstudier kunna vinna kompetens till den lediga befattningen[1]), men han har sedan vändt sig till den kliniska banan och uppgifvit tanken på den farmakologiska lärostolen.

Då fak. sålunda såg sig nödsakad att söka annan person för upprätthållandet af ämbetet från 1 jan., vände den sig till prof. C. G. Santesson i Stockholm, af hvilkens till svar härpå afgifna utlåtande framgick, att »det väl funnes tvänne medicine kandidater, hvilka eventuellt skulle vara hågade att ägna sig åt farmakologien, men att ingen af dessa vore kompetent att mottaga det ifrågasatta förordnandet att upprätthålla undervisningen i ämnet.»

Fak. såg sig därför nödsakad att hos Kansleren anhålla att undervisningen i ämnet för innevarande termin måtte få ligga nere.

När det nu gällde att få platsen besatt med ordinarie innehafvare, vore fak. alltså i än högre grad nödsakad vända sig till utlandet och borde så mycket hellre kunna göra detta, då det icke fanns »någon svensk man, hvilkens berättigade intressen därmed kunde rimligtvis anses trädas för nära.» Förslagställarnes uppmärksamhet hade därvid i främsta rummet fästats vid Overton, som var född i Stretton i England den 25 febr. 1865, fullgjort sina akademiska studier i Zürich och där blifvit år 1889 promoverad till filosofie doktor och därpå utnämnd till docent i biologi vid universitetet i Zürich samt sedan 5 år vore anställd som assistent vid fysiologiska institutionen af med. fakulteten därstädes.

För att denna plan skulle kunna förverkligas fordrades emellertid först och främst att få utrönt, huruvida O. vore i besittning af den *»utmärkta förtjänst»*, som enligt Regeringsformens § 28 fordras.

---

[1]) Hans öfvertagande af densamma på förordnande fr. o. m. jan. 1907 var under hand uppgjordt.

[illegible]

[illegible] være en [illegible]

[illegible] agtet [illegible] Læreren i [illegible] uddannelse. [illegible] Hensyn [illegible] Ind- [illegible] medi- [illegible] været [illegible] g har [illegible] an- [illegible] Jag [illegible] være til [illegible] Ansettelse [illegible] hvilken [illegible] bemærket

[illegible] med ne-

[illegible] Arbeiten zu [illegible] Sie hinzu [illegible] sigkeit. [illegible] wie

[illegible] att Oss ve- [illegible] Afven [illegible] vore medi- [illegible] sakkunniges [illegible] den upp- [illegible] vid Lunds [illegible] varit fil. dr. [illegible] som bekant ej [illegible] läroområ-

den, hvilka naturligtvis just äro de betydelsefulla, om lärarens medicinska bildning skulle kunna lämpa hans undervisning efter läkarens kraf.

På sammanträde den 30 jan. 1907 beslöt fak. enhälligt att i öfverensstämmelse med professorerna Ribbings och Borelii förslag anmäla Overton till att utan ansökan varda utnämnd till ofvannämnda professorsämbete.

Den 13/2 07 tillstyrktes förslaget af större akademiska konsistoriet med alla röster mot en. Den, som var af afvikande mening (prof. Ask), motiverade sitt afslagsvotum därmed, att O. ej bekände sig till den rena evangeliska läran; § 28 af regeringsformen har nämligen följande lydelse: ... Konungen vare likväl obetaget, att ... till lärarbefattningar vid universiteten ... kalla och befordra äfven utländska män af utmärkt förtjänst, de där den rena evangeliska läran bekänna.

I en skrifvelse af 6/4 1907 tillstyrkes förslaget lifligt af universitetets då tjänstförrättande kansler biskop Billing, hvilken af handlingarne öfvertygats om, »att doktor Overtons utnämning till e. o. professorsämbetet i farmakologi skulle vara en vinning åt den vetenskapliga forskningen och undervisningen närmast för Lunds universitet, men sedan ock för hela landet.»

Ur biskop B:s motivering må särskildt framhållas, att han reducerar frågan angående »den rena evangeliska läran» till en ren formfråga, men att han på grund af ordalydelsen i § 28 dock tillmäter denna så stor betydelse, att han föreslår, att ärendet måtte få hvila oafgjordt, tills Overton i vanlig ordning hunnit blifva svensk medborgare, då ofvannämnda svårighet bortfölle.

Program
för
13:de allmänna svenska läkarmötet i Sundsvall

8—10 juli 1907.

Förhandlingar.

Måndagen den 8 juli.

Kl. 11 f. m. Allmän sammankomst.

Mötet öppnas, arbetsordning antages, utskott väljes, styrelse- och revisionsberättelser föredragas m. m.

Föredrag och diskussioner:

1. Om appendiciten i kirurgiskt och medicinskt hänseende *från praktisk synpunkt.* Inledare: d:r *Fritz Bauer* och d:r *S. A. Pfannenstill.* 2. Om behandlingen af pseudarthros af d:r

Fritz Kaijser. 3. Demonstration af för tuberkulos exstirperade njurar med kommentarier från sjukhistorierna af d:r *G. Ekehorn.* 4. Difterien inom Sundsvall under åren 1894—1905 i förhållande till bostäderna af d:r *C. O. Elfström.*

Kl. 6 e. m. Gemensam subskriberad middag å Tivoli. Hvardagsdräkt. Kort för deltagande i middagen à 15 kr. för herre och 12 kr. för dam lösas å mötets byrå.

Tisdagen den 9 juli.

Kl. 9 f. m. Provinsialläkarsektionen.

Föredrag och diskussioner:

1. Hvad bör och kan åtgöras till förbättring af skogsarbetarnes bostadsförhållanden under afverknings- och flottningstiden? Inledare: d:r *G. A. Hassler.* 2. Om utgifvande genom provinsialläkarföreningen af en särskild tidskrift behandlande social medicin. Inledare: d:r *A. F. Robbert.* 3. Tillsättas läkartjänsterna vid statens järnvägar på ett tidsenligt sätt? Inledare: d:r *A. Sandberg.* 4. Om bildande af en sjukkassa, hvari alla provinsialläkarföreningens medlemmar böra ingå. Inledare: d:r *A. Lundh.* 5. Hvilka medel böra tillgripas och hvilka åtgärder vidtagas för att höja provinsialläkarkårens sociala anseende och betydelse? Inledare: d:r *A. Lundh.*

Stadsläkarsektionen.

1. Svenska stadsläkarföreningens ordinarie mötesangelägenheter. Styrelse- och revisionsberättelse, val, bestämmande af årsafgiften, förslag till normalinstruktion för stadsläkare, stadgeändringsförslag m. m. 2. Om fordringarna för ett tidsenligt epidemisjukhus af d:r *E. Bolin.*

Kl. 11 f. m. Allmän sammankomst.

Föredrag och diskussioner:

1. Förslag att bilda en sjukhjälps- och understödsfond för Sveriges läkare. Inledare: byrådirektör *K. Dickman.* 2. Om angifvandet af dödsorsaken i dödsbevis samt om sammanställningen af dödsorsakerna af prof. *O. Medin.*

3. Behofvet af nya formulär till läkarintyg för lärare och sökande till inträde vid seminarier. Inledare: d:r *E. Bolin.* 4. Om intyg rörande olycksfall. Inledare: d:r *H. Weber.* 5. Förslag till ändring af gällande hälsovårds- och epidemistadgar därhän att farsotssjukvården på rikets landsbygd må blifva på tillfredsställande sätt ordnad af d:r *N. Englund.*

Kl. 4 e. m. Utfärd till Alnösundet och Kubikenborg.

Onsdagen den 10 juli.

Kl. 10 f. m. Allmän sammankomst.

Fullmäktiges, utskottens, styrelsens och mötesbestyrelsens framställningar.
Bestämmande af årsafgiften och om plats för nästkommande läkarmöte, samt af bestyrelse för detta. Val af ordförande, styrelse och revisorer.

Mötesafgiften är bestämd till 12 kronor för hvarje svensk deltagare och till 5 kronor för åtföljande familjemedlem.

Anmälan om deltagande i mötet mottages under adress Allmänna svenska läkarföreningen, *Fredsgatan 24, Stockholm.*

Mötets byrå och öfriga lokaler blifva förlagda till Stadshuset i Sundsvall.

Mötesdeltagare, som önska rum genom mötets byrå, behagade före den 4 juli insända beställningar under adress: *Läkarmötets byrå, Sundsvall.*

De, som ärna deltaga vare sig i den gemensamma middagen eller i utflykten till Kubikenborg, torde meddela detta samtidigt med beställningen af rum.

Den 7 juli på aftonen äger en enkel subskriberad kollation rum å Tivoli.

Obs.! Förfrågningar angående mötet torde adresseras (ej till viss person utan) till *Allmänna svenska läkarföreningens expedition, Fredsgatan 24, Stockholm.*

Allmänna svenska läkarföreningens styrelse:

Ordförande: prof. *O. Medin*, v. ordförande: d:r *G. Naumann*, Sekreterare: d:r *B. Buhre*, skattmästare: prof. *F. Lennmalm*. d:r *Fr. Bissmark* d:r *S. A. Pfannenstill*, d:r *O. Sundelius*. suppleanter: d:r *E. O. v. Bahr*, d:r *A. Ekdahl*, d:r *J. Rissler*, red. af förhandlingarna: d:r *Hj. Forssner*.

Lokalstyrelse för mötet.

O. Söderbaum, ordförande, d:r *G. Ekehorn*, d:r *C. O. Elfström*, d:r *S. Holmblad*, kassör, d:r *F. Kaijser*, d:r *M. A. Sjöblom*.

(Insändt.)

Civilläkarstipendierna och Fältläkarstipendierna.

Att de unge licentiaterna, som önska förordnande af Kungl. Medicinalstyrelsen och vilja samla meriter, ej äro benägna att söka de nyligen inrättade civilläkarstipendierna, förvånar mig på det högsta. Detta beror tydligen därpå, att de äro okunniga om de fördelar, som de vinna för framtiden genom att ha varit innehafvare af dylikt stipendium.

Liksom stipendiater och pensionärer i fältläkarekåren och flottan (numera kallade fältläkarstipendiater och marinläkarstipendiater) räkna meriter för provinsialläkarepension för hela den tid (dock högst 5 år), de varit anställda i fältläkarekåren eller flottan, oafsedt om de haft kommenderingar eller ej, få dessa civilläkarstipendiater helt säkert åtnjuta samma förmån. Af årets förteckning på svenska läkare synes, att alla 36 fältläkarstipendiaterna af 2:dra klassen äro lediga, och detta förvånar mig minst lika mycket af samma orsak.

Då nu i våra tider ofta klagas från de extra provinsialläkarnes sida, att de ej få tillgodoräkna sig 5 år för provinsialläkarepension, så borde de unge licentiaterna och kandidaterna (äfven medicine kandidater äro kompetente till alla ofvannämde stipendier) bättre taga vara på sina intressen för kommande dagar och ej låta så många stipendier stå obesatta utan innehafvare. Mig synes däremot, att dessa stipendier borde vara i stället mycket eftersökta af de unge, och det vore ju för dem en stor fördel att redan som kandidater börja att samla meriter för kommande provinsialläkarepension, så behöfde de ej sedan beklaga sig, att pensionsåldern ej uppnås förrän vid långt framskriden lefnadsålder.

Då jag antager, att de unge kollegerna sakna kunskap om de fördelar, de för framtiden kunna komma i åtnjutande af genom att ha varit i unga år statens stipendiater samt äfven underläkare vid garnisonssjukhuset (till och med underläkaretjänst vid detta sjukhus såsom medikofilare har fått räknas tillgodo vid beviljande af provinsialläkarepension), så har jag för dem velat påpeka detta sakförhållande och framhålla de blifvande förmåner, som de utan vidare bortkasta, när dessa nu erbjudas dem.

Om militärläkarebanan anses dålig, och detta är orsaken hvarför de militära stipendierna stå vakanta, så är ju genom dessa stipendier ett tillfälle beredt dem, som i en framtid ämna gå provinsialläkarebanan, att redan i unga år kunna samla meriter (de ofta omskrifna 5 åren) för pension. Förr i tiden, då militärläkarebanan verkligen var dålig, saknades aldrig sökande till fältläkarstipendierna.

Provinsialläkare.

Periodisk litteratur.

Här meddelas de senaste tidskriftshäftenas innehåll med undantag af referat, boknyheter m. m.

Hospitalstidende, n:o 3—8. *J. Boysen:* Meddelelse fra Koldings Sygehus om 30 Uterusextirpationer. — *K. A. Heiberg:* Undersøgelser over Bugspytkirtlen. — *T. W. Tallqvist:* Toxikologiske Undersøgelser over den perniciøse Anæmis Patogenese med særligt Henblik paa Botriocephalusanæmien. — *Eiler Nielsen:* Et Tilfælde af Anthrax dorsi

med Hjerneabsces og letalt Forløb. — *Ludv. Nielsen:* Dermato-Venerologien og Loven af 30 Marts 1906. — *K. K. K. Lundsgaard:* Lysbehandling af Slimhindelidelser. — *Holger Fochhammer:* Resultaterne ved Lysbehandling af Lupus i Næse- og Mundhule. — *Chr. Qvortrup:* Et Tilfælde af »Larva migrans». — *J. E. V. Boas:* En »Larva migrans». — *Tage Iversen:* Demonstration af et Strumapræparat med nogle Bemerkninger om Glandulæ parathyreoideæ.

Nord. medicinskt arkiv, Afd. 1. N:o 2—3. *N. Rh. Blegvad:* Über die Einwirkung des berufsmässigen Telephonierens auf den Organismus mit besonderer Rücksicht auf das Gehörorgan. — *Chr. M. F. Sinding-Larsen:* Beitrag zum Studium der Behandlung der Hüftgelenktuberkulose im Kindesalter. — *Henning Waldenström:* Chronisch-inflammatorische Tumoren in der Bauchhöhle.

Hvarjehanda notiser.

Norrköpings läkarförening sammanträdde den 27 april. D:r J. Bergquist förevisade och redogjorde för den s. k. »Dermoscheinwerfer», d:r K. Jäderholm redogjorde för tyfusstationen i Mjölby, hvarjämte förekom diskussion om föreningsangelägenheter.

———

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Extra prov.-läk.-tj:n i Gellivare distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	13 maj.
Tränne civila läk.-stip.-befattn:r[2])	16 maj.
Ex. prov.-läk.-tj:n i Svärdsjö distr. (omfattar Svärdsjö, Svartnäs och Envikens socknar af Kopparbergs län; med ett sammanlagdt invånarantal af 8,214 den 1/1 05; lön: 2,500 kr.; sökes hos distr.-styr:n, adr. Svärdsjö)	20 maj.
Reg:tsläk.-tj:n v. Skånska trängkåren[1])	22 maj.
En distr.-läk.-tj. i Helsingborgs stad (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	24 maj.
Extra prov.-läk.-tj:n i Arjeplougs distr.[2]) ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	27 maj
Las.-läk.-tj:n i Visby[1])	31 maj.
Andre underläk.-tj:n v. lasarettet i Gäfle[3]) (löneförmåner: 1,500 kr. jämte fri bostad, och kost + 200 kr. i arvode för medundervisning i sjukvårdarkursen)	31 maj.
Förste prov.-läk.-tj:n i Blekinge län och den därmed förenade prov.-läk.-tj:n i Karlskrona distr.[1])	3 juni.
Extra prov.-läk.-tj:n i Gräsö distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	3 juni.
En marinläk.-tj. af 2:a gr. (ansökan, ställd till Konungen, inl. hos marinöfverläkaren)	3 juni.

Lediga apoteksinrättningar:

Nya apoteket i Ryd[1] (årlig pensionsafgift 200 kr.) 24 maj.
Apoteket i Säter (priv. uppskattadt till 1,000 kr.) 24 maj.

Af Kungl. Maj:t utnämnda eller transporterade:

Till reg:tsläk. v. Östgöta trängkår: bat.-läk. v. Dalreg:tet *Arvid Gullström*.
Till reg:tsläk. i fältläkarkåren: bat.-läkarna *B. C. Fristedt* (Göta lifgarde) och *G. E. Möller* (skånska husarr:tet).
Till las.-läk. i Söderköping: lic. *N. E. Hellström*.

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Prov.-läk. i Jämshögs distr. m. m. *A. M. Selling*.
Prov.-läk. i Heby distr. m. m. *Hj. A. Helleday*.
Fältl.-stip. 1:a klass *U. Hylin*.

Apoteksprivilegier tilldelade:

Ex. ap. *J. A. Svahnberg* å nya apot. i Markaryd.

Af Med.-styr.:n utnämnda och förordnade:

Till marinläk.-stip. (tre år fr. 1 maj): kand. *H. B. Hultgren*.
Till las.-underläk. i Västerås (tre år fr. 29 april): bat.-läk. *S. R. Erhardt*.
Till underläk. v. Vänersborgs hosp. o. asyl (ett år fr. 10 maj): lic. *O. F. Jacobi*.

Af Med.-styr:n afgifna förord till apoteksprivilegier:

Till apot. i Tibble: O. A. Sandberg.

Sökande:

Till *e.r. prov.-läk.-tj:n i Arvidsjaurs distr.* (i ordn. efter tj:år): ex. prov.-läk. Skarin, Arvidsjaur, lic. C. Comstedt, Arvidsjaur, och ex. prov.-läk. Brand, Malå.
Till *en bat.-läk.-tj. v. Skaraborgs reg:te:* bat.-läk. Rosén (Norrbottens r:te).
Till *1:e stadsläk.-tj:n i Strängnäs:* stadsläk. i Trosa G. Kjellman.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *E. Lange* t. f. prov.-läk. i Tierps distr. 1—31 juli och 16 sept.—15 okt. (s).
Lic. *F. O. Wiklander* t. f. prov.-läk. i Nederkalix distr. 20 juni—18 aug. (s).
Ex. prov.-läk. *S. Blom* t. f. prov.-läk. i Eskilstuna distr. (v).
Lic. *H. Hofstedt* t. f. ex. prov.-läk. i Älfdalens distr. 16 juni—22 aug. (t).
Lic. *Hj. Areschoug* t. f. 2:e stadsläk. i Uddevalla 29 april—14 juni (t).
Kand. *E. Wemer* t. f. ex. prov.-läk. i Charlottenbergs distr. 26 april—31 maj (t).
Bat.-läk. *K. Danelius* t. f. prov.-läk. i Karlskrona distr. (v).
Kand. *Olof Lundberg* t. f. ex. prov.-läk. i Båstads distr. 4 maj—17 juni (t).
Lic. *F. J. Jacobsson* t. f. prov.-läk. i Heby distr. (v).
Kand. *C. A. Sorbonne* t. f. ex. prov.-läk. i Mörtfors distr. 12—26 maj (t).

Döda:

F. d. provinsialläkaren m. m., medicine licentiaten *Bengt Svensson* afled i Gislaved den 3 maj vid 64 års ålder.

Prakt. läkaren i Stockholm, medicine licentiaten *Ellen Sandelin* afled i Stockholm den 7 maj vid 44 års ålder.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 17 maj 1907.

4:e årg. | Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER. | N:o 20.

Innehåll: PATRIK HAGLUND: Skoliosfrågan från icke-specialistens synpunkt. — Fullmäktige för Allm. Sv. Läkarföreningen. — Till Allm. Sv. Provinsialläkarföreningens Herrar ledamöter. — Insändt. — Kungl. Maj:t och Sundsvalls hälsovårdsnämnd. — Periodisk litteratur. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser. — Epidemiöfversikt. — Kvartalsrapport.

Skoliosfrågan från icke-specialistens synpunkt.

Af

Patrik Haglund.

II. Behandling.

(Forts. och slut fr. n:r 19).

Den gymnastik, som i skoliosbehandlingen användes, afser nu naturligtvis att korrigera skoliosen, och man använder därvid en mängd olika öfningar af dels aktiv natur, dels passiv. De aktiva hafva utan tvifvel den allra största betydelsen, ty en korrektion af en skolios, som vinnes genom aktiv gymnastik är säkerligen af större värde beståndande, än den, som utan vederbörande musklers bistånd genom yttre redresserande medel möjligen kan vinnas. En mängd redresserande öfningar användas visserligen med stor fördel, men vida mera i afsikt att mobilisera en rigid, ej fullt rörlig skolios än för att kurativt influera på densamma. En viss grad af mobilisation är nämligen förutsättningen för, att den aktiva gymnastiken skall kunna utöfva sin korrigerande verkan. Emellertid har jag såväl härhemma, som utomlands fått ett mycket lifligt intryck af, att de passiva redressionsrörelserna tillmätas en för stor betydelse och i regel till öfverdrift användas; och detta såväl af de skoliosterapeuter, som mera använder den rent manuella gymnastiken, som af dem, som till större delen, eller kanske rent af uteslutande använda maskinella anordningar. Och en sak synes mig alldeles säker och det är, att passiva redressionsrörelser

utan att samtidigt energisk aktiv gymnastik bedrifves, kunna leda till större skada än gagn. En genom redressionsapparater eller manuella redressionsrörelser åstadkommen mobilisation, kan under vissa förhållanden vara särdeles skadlig. Äro ej musklerna genom flitig öfning preparerade för att kunna fixera den mobiliserade ryggraden, kan deformiteten löpa fara att försämras. Och detta i all synnerhet om man på en höggradig skolios af den vanliga typen genom otjänliga rörelser just mobiliserar öfvergångsstället mellan 2 hvar för sig tämligen fixerade krökar. Jag har sett fall, då patienten haft uppenbar skada af en dylik mobilisation. På grund af ofvan anförda skäl anser jag också det ofta chablonmässigt åt många skoliospatienter gifna rådet att hänga på armarna i trapez i allmänhet olämpligt. Om ej den genom ligamentens tänjning ernådda större mobiliteten i ryggrad motsvaras af ökade krafter hos ryggmuskulaturen, är den ej alltid nyttig. En skoliosgymnastik, som ej till mycket stor del är baserad på de egna musklernas arbete, är därför illa arrangerad.

Såväl den aktiva, som den passiva skoliosgymnastiken, kan ske antingen manuellt med gymnastikrörelser enligt *Lings* system, af en kunnig ledare, varierande nästan i det oändliga efter skoliosfallens egen oändliga växling, eller med tillhjälp af apparater, i hvilka de erforderliga motstånden vid de aktiva och den erforderliga redressionskraften vid de passiva rörelserna utföras genom maskinella anordningar. Bägge sätten hafva sina fördelar och olägenheter, och det kan vara svårt nog att göra någon slags värdesättning till förmån för det ena eller andra.

Ty det kan ju ej nekas, att all gymnastik, som för ett visst skoliosfall behöfves, kan utföras med lefvande människokrafter, om de nämligen äro tillräckligt många och starka. Ty just skoliosgymnastiken fordrar en kraft och en uthållighet som ej har någon motsvarighet i annan mekanoterapeutisk behandling. En ensam gymnast kan aldrig vid ett skoliosfalls behandling prestera fullgodt arbete; han måste hafva hjälp af åtminstone en och helst 2 à 3 andra gymnaster. Att manuell, *Ling'sk* skoliosgymnastik därför blir mycket dyr, om den skall vara effektiv nog, ligger i öppen dag. Och jag anser, att endast, om den handhafves på detta sätt, med ett fåtal patienter på ett stort antal assistenter, såsom är fallet på en del af energiska svenska gymnaster anlagda utländska institut, kan den manuella gymnastiken mäta sig med den skoliosgymnastik, som bedrifves på instituter, å hvilka äfven maskinella anordningar äro i bruk. Ty mycket af själfva kraften kan genom apparater (*Zanderska* eller andra) ersättas. Däremot kan aldrig någon skoliosgymnastik bedrifvas med maskiner i den meningen,

att pat. själf med tillhjälp af den eller den öfningsapparaten sköter sin behandling; tvärtom måste den maskinella gymnastiken dirigeras och öfvervakas utomordentligt väl af sakkunnig gymnast. Bäst vore utan tvifvel, att å gymnastiska institut bägge gymnastikmetoderna arbetade i innerlig förening med hvarandra. Bägge metodernas fördelar kunde då utnyttjas, och olägenheterna komme ej att spela så stor roll.

Endast maskinell gymnastik har på många håll tidigare ledt till ett svårt missbruk, nämligen just ett alltför öfvervägande användande af passiva redressionsapparater. Särskildt under ett något tidigare tidsskede, då en mängd skoliosapparater nästan af hvarje modernare ortoped konstruerades, voro de allra flesta apparater mera anlagda på passiv redression än på aktiv öfningsgymnastik. Också såg man, huru på de förnämsta ortopedernas gymnastikafdelningar den passiva behandlingen tog lejonparten af arbetet. Man fick därför ännu för få år sedan intrycket, att de tyska ortopediska kirurgiska privatinstitutens skoliosgymnastik var dålig, att skoliosgymnastikens idé där var missuppfattad och illa genomförd. På sista åren torde dock en omsvängning till det bättre öfverallt hafva skett; man ser numera den aktiva gymnastiken komma till heders på ett helt annat sätt. Så hafva de otaliga passiva redressionsapparaterna uppblandats och till stor del ersatts med aktiva, hvarjämte aktiv manuell skoliosgymnastisk börjat användas. I *Zanders* apparatförråd är från början synnerlig vikt lagd vid de aktiva apparaterna, såsom de viktigaste, hvilket särskildt tidigare gaf det en synnerligen förtjänstfull särställning; icke desto mindre är nog *Zanders* skoliosgymnastik i behof af förbättringar och kompletteringar.

Hvad kan nu nås med gymnastisk behandling? Ja, denna fråga kan naturligtvis ej exakt besvaras. Men som allmän regel torde man kunna säga, att nästan hvarje skolios af s. k. habituell eller statisk art, vid hvilken ej alldeles speciella ätiologiska förhållanden i form af betydliga anatomiska bildningsfel eller dyl. göra utsikten att påverka densamma a priori minimal, kan om ej fullständigt korrigeras så åtminstone mycket fördelaktigt påverkas under förutsättning att den kommer till behandling i tidigt stadium; och med tidigt stadium menar jag då, innan refbenspucklarna nått en sådan grad, att de genast falla i ögonen utan den omsorgsfullare undersökning, hvarom jag i min förra artikel talat. De mycket få skolioser, som trots så tidigt insatt, energisk och långvarig behandling så småningom försämras och öfvergå i grava former med stor deformitetet, förändra ej denna allmänna regel. Ha däremot skoliosen nått den grad, att refbenspucklarna väl kunna iakt-

tagas utan dylik omsorgsfullare observation, är redan skoliosen att betrakta som särdeles grav, och utsikterna för dess fullständiga korrektion mycket små, om ock de allra flesta ännu kunna med energisk gymnastik fördelaktigt påverkas. Ej sällan torde behandlingen kunna mota en allt för långt gående försämring af tillståndet.

I höggradiga fall — någon fix gräns kan naturligtvis aldrig uppdragas — med stora pucklar och liten eller ingen mobilitet är däremot gymnastikens *kurativa* inverkan på självfva skoliosen i de flesta fall lika med 0, den kan väl spela någon roll från andra synpunkter; men någon korrektion af skoliosen medför ej behandlingen. Men oförsiktigt handhafd kan den säkerligen medföra skada. Just i dessa fall kan nämligen en passiv mobilisation, som i allmänhet drabbar just regionen mellan krökarna, medföra att deformiteten tager ännu gravare former. För dessa former, om det nu öfverhufvudtaget kan vara möjligt att påverka dem i kurativ riktning, måste andra hjälpmedel tillgripas.

Hufvudvikten ligger således i skoliosterapin, som i nästan all ortopedisk terapi, på att deformiteten angripes så tidigt som möjligt. Om genom noggrann undersökning skoliosfallen diagnostiseras tidigt och ej bagatelliseras (»det växer nog bort med åren») komma våra gymnastiska institut att kunna utöfva en vida mer välsignelserik verksamhet än hvad nu är fallet. F. n. äro en alltför stor del af skoliopatienterna redan svåra skolioser, då de komma till behandling. Och arbetet i gymnastikafdelningar tryckes alldeles onödigt mycket af grava fall, där verklig kurativ behandling är nästan utesluten. Blefve skolioserna tidigt skötta energiskt, skulle nog procenten af svåra, ohjälpliga skolioser kunna minskas. I samband härmed må framhållas, att man vid besöken å olika anstalter utomlands får intrycket, att vi redan nu här i landet hafva en mindre procent svåra skolioser än t. ex. i Tyskland. Detta beror möjligen därpå, att vi här hos oss varit före i den gymnastiska behandlingen af tidigare skolioser; låt oss emellertid behålla detta försprång och arbeta framåt ytterligare.

Det återstår att säga några ord om de återstående behandlingsmetoderna, som i vissa fall af skolios kunna ifrågakomma: gipsningsmetoder och bandager. Diskussion i den s. k. korsettfrågan har i snart 30 år upptagit nästan lejonparten af den rikliga skolioslitteraturen, och om också dessa tekniskt svåra behandlingsmetoder under alla förhållanden måste handhafvas af den specialutbildade läkaren, må här dock sägas några ord äfven i denna fråga.

Korsettbehandling med gips eller mekaniska bandager kan

drifvas från två vidt skilda synpunkter, hvad indikationen angår. Den ena, urgamla indikationen, att söka med ett stödjebandage hålla uppe thorax i så svåra och långt gångna fall af skolios, att smärtor och öfverhandtagande trötthet med allt större och större nedsättning i arbetsförmågan och förvärfsdugligheten göra tillståndet för den olyckliga patienten allt olidligare, behöfver här blott med några ord beröras. Indikationen är i de allra flesta fall af mycket höggradiga skolioser, såsom paralytiska, vissa rakitiska m. fl., självklar, och patienten har själf ordinationen på sina läppar, då han söker läkaren, i det han frågar, om och hur han skall få ett lämpligt bandage. Frågan är blott, huru dylikt skall anskaffas. Man måste då absolut fasthålla vid att bandagebehandling, som ej personligen dirigeras af läkare, i de flesta fall är otillfredsställande; då bandagisten nästan aldrig åstadkommer det bästa möjliga på egen hand. Olika korsettformer kunna för olika fall vara lämpliga. I allmänhet kan sägas, att ju mer korsetten till sin konstruktion och effekt närmar sig det effektivaste af alla bandager, gipskorsetten, dess bättre nytta har patienten af densamma. Mig synes därför den på af sakkunnig läkare i bästa redresserade ställning förfärdigade gipsafgjutning arbetade läderkorsetten med stålbeslag vara »normalkorsetten». I yttersta nödfall bör kryckstöd på en eller båda sidor tillsättas. I sällsynta undantagsfall kan en af de nu så moderna Hessingkorsetterna af lärft och stålkryckor på Hessings höftbygel vara lämplig. Absolut förkastliga äro de tidigare korsettformer, som med en enkel ringformig bygel söka (fullständigt förgäfves!) få tillfredsställande stöd på bäckenet. De förfärdigas ännu mycket här i landet till patienternas nackdel. Alla dessa lärft- stålkorsetter hafva mycket snart förlorat den förmåga att gifva en tung, deformerad torax stöd, som de möjligen kunna hafva då de äro spritt nya. Och jag kan omöjligt förstå den ifver, med hvilken t. o. m. sådana storheter som *Hoffa* m. fl. använda dessa i de flesta fall otillfredsställande hjälpmedel.

Af vida större intresse f. n. är frågan om korsettbehandlingens andra indikation, nämligen den att söka med korsett kurativt inverka på en skolios. Sedan *Sayre* på 80-talet angifvit sin, sedan öfverallt som normalmetod införda och fortfarande använda gipsbehandling för spondyliter, och man gjort den öfverraskande iakttagelsen, att en patient kunde fördraga och till och med frodas mycket väl i ett gipspansar, som omfattade bäckenet och torax, ja t. o. m. hals och hufvud, var det ju alldeles klart, att korsett-terapeuterna genast skulle försöka att redressera skolioserna och fixera dem i redresserad ställning; enligt de ungefär samtidigt uppkomna uppfattningarna om

funktionell anpassning och benets omvandlingsförmåga, *Roux*). *Wolff*) borde definitiv korrektion kunna ernås. Under ett par decennier hade man så två läger skoliosterapeuter, korsettvänner och korsettfiender eller gymnastikentusiaster; de senare ansågo behandlingen farlig och mindre effektiv än gymnastikbehandlingen. Jag finner ej här utrymme nog att i detalj följa den mellan dessa läger förda striden. Sedan man nu kan öfverskåda saken, måste man åtminstone medgifva det, att som någon *normal*behandling för hvarje utbildad skolios har gipskorsettbehandlingen gjort alldeles ohjälpligt fiasko. Detta berodde ingalunda därpå, att ej de biologiska förutsättningarna voro riktiga, utan att en mängd förhållanden, på hvilka jag här ej närmare kan ingå, gör saken ogenomförbar. Härmed är ingalunda sagdt, att ej gipsbehandlingen har sina indikationer i skoliosterapien. Det är blott som en normalmetod, som densamma är ohjälpligen fallen. Att afgöra hvilka fall, som böra undergå gipsbehandling, är den vane skoliosterapeutens sak, liksom utförandet af densamma, om den skall hafva den minsta effekt och ej lända patienten till skada, måste öfverlämnas åt specialisten. Utan att närmare ingå på gipsbehandlingens indikation må här blott nämnas, att det finns en grupp af skoliosfall, vid hvilka gipsbehandlingen stundom kan fira verkliga triumfer. Det är vid de rakitiska skolioser, som uppträda i de första lefnadsåren; en väl anlagd redresserande gipsbädd kan bringa en dylik patient på mycket kort tid att »växa alldeles rak». Likaså kan en i 5—15 åren redan höggradig rakitisk skolios med utbildad thoraxdeformitet genom en förståndigt och länge skött gipsbehandling bringas till betydlig tillbakagång. Thorax och ryggraden äro ofta så mjuka i dessa fall, att man utan svårighet kan korrigera eller t. o. m. öfverkorrigera deformiteten. Gipsar man i dylik öfverkorrigerad ställning, och sedan uttager stora fönster i korsetten öfver konkaviteterna, så att bröstkorgen får tillfälle att vidga sig åt dessa håll, kan man ibland få se mycket hastiga omvandlingar af thoraxformen till det bättre, t. o. m. till verkligen korrigerad form. Detta fordrar emellertid en särdeles högt uppdrifven gipningsteknik. Att gymnastik, eventuellt i förening med aftagbart bandage, måste tillgripas som långvarig efterbehandling är ju självklart.

A andra sidan torde de ytterst energiska försöken att med gipsbehandling korrigera äfven höggradiga s. k. habituella skolioser hos något äldre patienter ej hafva krönts med någon större framgång. Om ock dessa försök, som särskildt utgått från *Wullsteins* och *Schanz* ortopediska anstalter, kunna vara värda all respekt, då de ju gällt patienter, som varit fullstän-

digt oemottagliga för hvarje annan kurativ terapi, torde man lugnt kunna säga att dessa mycket svåra, rent af brutala behandlingar (stundom alltför mycket erinrande om *Calots* — naturligtvis vida farligare — puckelredressioner vid spondylit) endast mycket sällan leda till några bestående korrektioner; för den, som något sysslat med skoliosens undersökning och behandling, är det mycket osannolikt, att de förbättringar, som möjligen kunna visa sig som primära resultat af en dylik mycket långvarig, plågsam och ej ofarlig behandling, kunna hafva bestående värde. Därtill kommer att densamma endast — så länge ej den kommunala, ortopediska sjukvården är bättre ordnad än f. n. — blott kan vara tillgänglig för de allra rikaste patienterna. Dessa behandlingar, som kommit mycket buller åstad och väckt mycket förhoppningar hos en eller annan entusiastisk ortoped, samt hos ett stort antal patienter, synes mig därför hafva särdeles liten praktisk betydelse.

Äfven i ett eller annat fall af s. k. habituell skolios utan tydligt rakitiskt ursprung, kan gipsbehandling vara indicerad förutsättning är emellertid, att patienten ännu ej är fullvuxen utan att kunna bestämma någon fix åldersgräns, tror jag dock att redan 16 à 18 års ålder börjar vara väl mycket. Det är nog så, som *G. Zander* uttryckt saken angående gymnastikbehandlingen, nämligen ungefär så att man ej kan rätta en skolios med tvångsmedel, men man kan tvinga en patient att »växa rak». I alla händelser gäller om dessa skoliosformer det, att man aldrig kan hoppas något af gipsbehandling såsom enbar behandling; blott genom lämplig gymnastikbehandling före och efter och som mellanbehandling mellan olika korsettperioder kan något — och en och annan gång verkligen *mycket* — vinnas. Det är viktigt att här påpeka detta, ty ej sällan komma till mig patienter med grava skolioser och fråga om jag ej kan gipsa dem raka; de hafva ofta fått den föreställningen att detta kan gå för sig lika geschvindt som hvilken som helst kirurgisk operation.

Mycket skulle vara att tillägga till ofvanstående fragmentariska framställning. Utrymmet medgifver emellertid ej mera, och jag får hoppas, att jag lyckats bibringa läsaren den öfvertygelsen, att t. o. m. skoliosen, ortopedins styfbarn, kan erbjuda intresse och att dess behandling, om ock i svåra fall ej medförande lysande resultat, dock måste drifvas med största möjliga energi. Med läkarnes bistånd landet rundt, kunna skoliosterapeuterna åstadkomma bra mycket mera än under nuvarande förhållanden, då de tidiga diagnoserna och därför äfven de tidigare, mer gifvande behandlingarna ej äro på långt när så vanliga, som önskligt vore. Få patienterna blott i tid en något

så när riktig framställning om sin åkommas natur och värdet af densammas behandling, komma de nog att ifrigare uppsöka de gymnastiska instituten och ägna sig på ett mera energiskt sätt åt behandlingen. Våra gymnastikinstitut — ännu mycket ofullkomliga — skulle då säkerligen, särskildt genom samarbete mellan olika riktningars målsmän, utvecklas i en nu oanad grad, något som ytterst skulle lända allmänheten till mycket stort gagn.

Fullmäktige för Allmänna svenska Läkarföreningen.

Fullmäktige för Allm. Sv. Läkarföreningen sammanträdde i Stockholm den 9 Maj.

Till ordförande valdes professor O. Medin, till v. ordf. medicinalrådet R. A. Wawrinsky och till sekret. doktor Hj. Forssner, hvarjämte doktorerna B. Fristedt och C. Sundell utsågos att tillsammans med ordf. justera dagens protokoll.

En begäran af styrelsen om rätt att utanordna medel till användning i de fall, där läkarkårens intresse påfordrade ett ingripande från styrelsens sida beviljades, och i sammanhang härmed godkändes styrelsens beslut att låta väcka åtal mot grosshandlare Wikner i Västerås.

Fullmäktige beslöto härefter att för intyg, rörande sjukkassa tillhörande persons behof af vistelse vid kurort, föreslå följande lydelse: »Att N. N., hvilken vid denna dag företagen undersökning befunnits lida af ..... för hälsans återvinnande är i trängande behof af .... veckors behandling vid kurort, intygas.»

En framställning från Blekinge läkarförening om åtgärder från fullmäktiges sida för ändring af gällande formulär till intyg angående folkskolelärares behof af tjänstledigt för sjukdom, föranledde en diskussion, hvarvid framhölls, att åtskilliga andra officiellt fastställda formulär till intyg, minst lika mycket kräfde att ändras. Fullmäktige beslöt med anledning häraf att tillsätta en kommitté för att utarbeta förslag till formulär. I kommittén invaldes herrar R. A. Wawrinsky, Hj. Suber och C. Sundell.

På hemställan af den i aug. 1905 tillsatta kommittén beslöto fullmäktige att intet ackord skulle få ingås med sjukkassa.

Ett förslag af herr C. Sundell om höjning till 3 kronor af arvodet för intyg om arbetsoförmåga till följd af olycksfall afslogs med 16 röster mot 13.

Med anledning af herr C. Sundells förslag om afskaffande af s. k. kollektivackord eller åtminstone fastställande af vissa gemensamma grunder för ingåendet af dylika, beslöto fullmäktige, att med uttalandet af sympati för tanken i förslaget uppdraga åt styrelsen att inhämta lokalföreningarnes yttrande i frågan och därefter till fullmäktige inkomma med förnyad framställning.

Till doktor Rudolf Christernsson öfverlämnade för några dagar sedan en deputation en hedersgåfva, bestående af en dryckeskanna med slef jämte 12 silfverbägare. På kannan fanns följande inskription:

Till Rudolf Christiernsson, den afhållne kamraten, nitiske representanten och framgångsrike befrämjaren af våra intressen i tacksam erinring af Allmänna Svenska Provinsialläkarföreningen.

Med anledning häraf har red. mottagit följande:

Till Allm. Sv. Provinsialläkarföreningens Herrar ledamöter

får jag härmed frambära mitt vördsamma och djupt kända tack, för såväl den mig tillsända dyrbara erinringsgåfvan, som för de välvilliga och hjärtevarma ordalagen vid dess öfverlämnande, hvarigenom en sällspord och ovansklig glädje kommit mig till del.

Helsingborg d. 10 maj 1907.

Rudolf Christiernsson.

(Insändt).

Ex. provinsialläkaretjänsten i Lima.

Då det kanske ser egendomligt ut, att en tjänst med 3,500 kronors lön och fri bostad, står »ånyo ledigförklarad», får undertecknad lämna följande upplysningar om villkoren i öfrigt.

För rådfrågning, vare sig recept lämnas eller ej, utgår ersättning med 50 öre, och detta antingen densamma sker på mottagningsrummet eller i pat:s hem. Om söndagarna utgår ersättningen vid besök i pat:s hem med kr. 1: 00, så vida ej hastigt insjuknande föreligger, för hvilka fall hvardagstaxan tillämpas.

Resorna ersättas af kommunen med kr. 5: 00 vid afstånd mellan ungefär 4 km. och de längsta möjliga, nu omkring 6 mil. Kräfver

resa mer än en dag erhålles 5 kr. för hvarje ny påbörjad sådan. Resor under 4 km. samt besök i hemmen ersättas också af kommunen med kr. 2: 50.

All denna ersättning utgår dock ej oafkortad utan till ett sammanlagdt belopp af kr. 1,800, sedan denna summa blifvit uppnådd, hvilket i allmänhet skett i sept. eller okt., måste resorna göras för 50 öre, äfven om 2 dagar måste anslås för densamma. Fattiga skötas för lönen. Någon förhöjning för nattjänstgöring förekommer ej. Kirurgiska ingrepp, liksom förlossningar ersättas med maximum kr. 5: 00.

I dessa bestämmelser föreslog jag några ändringar, hvilka dock ej togos i ompröfning, hvarför jag ej sökte platsen. Då endast en anmält sig som sökande, anslogs platsen ledig, men ledsamt nog äfven nu på ofvanstaende villkor. Någon ändring i densamma torde ej ske, med mindre inga sökande anmäla sig, hvilket väl och bäst öfverensstämmer med karens intresse.

Välsignelsen af särskild taxa, d. v. s. högre lön och lägre taxa, är i synnerhet i dessa vidsträckta distrikt pafallande, och ändring härutinnan bör enligt min mening ej ske, men läkaren bör ej genom begränsning af reseersättning lida för de enskildes lust att tillkalla honom, hvarför äfven dessas betalningsskyldighet bör vara större, da de tillkalla, än da de söka läkaren.

Lima 11 maj 1907.

N. A. *Ahlberg*
t. f. ex. prov.-läk.

(*Insändt.*)

Provinsialläkarnes pensionsfråga.

I den nya pensionslagen tillämpas en helt och hållet ny princip. Då villkoren förut voro, att prov.-läkaren skulle ha 25 tjänsteår och 60 lefnadsår för att få pension, så måste, om jag ej misstager mig, båda dessa saker vara uppfyllda. Om han t. ex. blifvit prov.-läkare vid 50 ars ålder, skulle han sålunda fatt sin pension först vid 75 ars ålder.

Enligt den nya lagen därom måste provinsialläkaren afgå vid en viss ålder — 62 år — antingen tjänsteåren äro fulltaliga eller ej. Detta innebär ju för allmänheten en stor vinst, den nämligen att ej behöfva betjänas af provinsialläkare, som »blifvit gubbar». En annan nyhet är, att provinsialläkaren ej behöfver förlora hela pensionen, ifall tjänsteåren icke äro fulltaliga, da han nödgas afgå: han får afkortad pension, om han da har minst 10 tjänsteår. Har han vid 62 ar 10 tjänsteår, sa får han $^{10}/_{27}$ af full pension (Detta är svar på S. T:s fråga i n:o 13). Är läkaren kry och lifskraftig vid 62 år, kan han få tillåtelse kvarstå till högst 70 års ålder och får då medräkna de nya åren sa, att, om han t. ex. vid 62 år hade 10 tjänsteår, han får vid 70 år $^{18}/_{27}$ af 4,000 kronor. Äro tjänsteåren under 10 vid 62 års ålder, får provinsialläkaren icke någon pension alls, icke ens, om han får kvarstå till 70 års ålder.

Det riktigaste hade väl varit, att provinsialläkaren fått full pension, då han vid viss ålder tvingas att afgå; men da man väl ej kan hoppas vinna detta, får man vara glad för, att man kan få afkortad sådan.

Likaså är det en god sak, att orden »däraf 20 år såsom provinsialläkare försvunnit ur lagen ty nu få ju de provinsialläkare, som varit järnvägs-, fängelse- och militärläkare, enligt nya lagen medräkna alla dessa åren.

Den nya lagen är ju sålunda ur flere synpunkter bättre än den gamla.

Det stora felet hos den, att den, som har färre än 10 tjänsteår, icke får någon pension alls, äfven om han får tillstånd att tjäna öfver 62 års ålder, kan man förmodligen ej få afhjälpt, särdeles som denna bestämmelse gäller äfven en del andra tjänstemän än provinsialläkarne.

Det enda, som sålunda från praktisk synpunkt är att göra, är att vända sig mot lagens kardinalfel: att den ej låter provinsialläkarne medräkna de år, de varit extra provinsialläkare, i sina tjänsteår, ehuru de då också tjänat staten. Ty att dessa tjänsteår ej medräknas synes af § 1 i lagen, som säger: »Rätt till pension — — — tillkommer — — innehafvare af civil tjänst med lön å stat, som blifvit fastställd af Konungen och riksdagen», och af § 17, som säger: »Tjänstår för — — pension — — — beräknas — — — äfven för tid, under hvilken han innehar annan *stats*tjänst eller ock i *statens* tjänst haft extra ordinarie anställning eller förordnande .

Detta fel är så stort, att det måste afhjälpas, ty på det hänger provinsialläkarnes pensionsfrågas ekonomiska väl och ve. Ty med den åldersgräns, vid hvilken provinsialläkarne nu få sin tjänst, och hvilken visar tendens att höja sig, kommer framdeles ingen provinsialläkare att få full pension, ja en del kanske ingen alls. Men med det obetydliga tillägget i lagens § 17 »eller varit extra provinsialläkare» blir tillståndet drägligt, ja ganska bra. Och att utsikt till framgång för en dylik lösning af frågan i riksdagen finnes, därför borga de röstetal, som tillföllo riksdagsmännen Björks och Kjellbergs yrkanden, äfvensom frih. Palmstiernas förhoppning, »att K. M:t senare skulle komma med förslag om, att provinsialläkarne fingo räkna sina tjänsteår som extra provinsialläkare sig till godo för sin pensionsålder».

I likhet med en insändare i n:o 16 får jag också bedja provinsialläkareföreningens styrelse ta sig saken an och genom en föranstaltad masspetition eller på annat sätt söka åstadkomma ofvannämnda tillägg i lagen.

Då provinsialläkarnes pensionsfråga sjunkit så ned i dyn, vore det önskligt, att extra provinsialläkarnes pensionsfråga blefve så snart som möjligt ordnad, så de finge mera klarhet, huru de skulle ställa sig: stå kvar eller söka provinsialläkarplats.

Agn.

Kungl. Maj:t och Sundsvalls hälsovårdsnämnd.

Såsom förut meddelats (Läkartidn. 1906 n:r 30 och 31) hade Sundsvalls hälsovårdsnämnd vid 500 kronors vite förbjudit »homöopatiske läkaren» O. T. Axell att inom Sundsvall tillhandagå allmänheten med läkarråd och medicin, detta bl. a. på den grund, att han uppgifvit sig äfven taga smittosamma sjukdomar under behandling. Sedan han åtalats för upprepade öfverträdelser af förbudet, dömdes han af rådhusrätten i S. att utgifva det förbrutna vitet. Axell öfverklagade hälsovårdsnämndens beslut hos Konungens Befh:de i länet, men hans

besvär lämnades utan afseende. Öfver K. Befh:des resolution anförde Axell besvär hos *Kungl. Maj:t*, som den 15 sistl. mars *funnit skäligt att*, med upphäfvande af K. Befh:des öfverklagade resolution, *undanröja hälsovårdsnämndens i ämnet fattade beslut*, enär i 19 och 31 punkterna af nåd. medicinalordningarna af den 30 okt. 1688 finnes stadgadt ansvar för obehörigt utöfvande af läkarkonsten och otillåten handel med apoteksvaror, samt hälsovårdsnämnden följaktligen icke mot bestämmelsen i 23 § af hälsovårdsstadgan ägt vid vite förbjuda klaganden att tillhandagå allmänheten med läkarråd och medicin.»

Medicinalstyrelsen, till hvilken ärendet remitterades, förklarade för sin del, att hälsovårdsnämndens beslut haft fog för sig, och hemställde, att Axells besvär måtte lämnas utan afseende.

Periodisk litteratur.

Här meddelas de senaste tidskriftshäftenas innehåll med undantag af referat, boknyheter m. m.

Uppsala läkarförenings förhandl:r, n:r 3, 4. *Olof Hammarsten:* Om värdet af det Alménska och det Worm-Müllerska sockerprofvet vid urinundersökningar. — *Gaston Backman:* Om scafocefalin och dess uppkomst. — *E. Louis Backman:* Mjölksyrans inflytande på det isolerade och öfverlefvande däggdjurshjärtat. — *Olof Kinberg:* Kritik öfver docenten H. Lundborgs uppsats: Om den s. k. metatrofiska behandlingsmetoden enligt Toulouse-Richet. — *Herman Lundborg:* Svaromål med anledning af d:r Kinbergs kritik.

Norsk Mag. for Lægevidenskaben, n:r 4. *H. J. Vetlesen:* Fosforsurt natron ved nevrastheniske tilstande. — *Adolf Gundersen:* 3 tilfælde af lungegangræn, operativt behandlet. — *H. Hopstock:* Tripelfosfatkrystaller fundet i kadaver. — *Olof Scheel:* Medfødte hjertefeil. Ductus arteriosus Botalli apertus. Transpositiv aortae et arteriæ pulmonalis. — *E. Møinichen:* Den lacto-vegetabile diæts betydning. — *O. Borchgrevink:* Indre bristning, indre efterblødning.

Hvarjehanda notiser.

Jubileumsfondens sanatorier. Vid början af innev. maj månad var antalet patienter, som väntade på ledig plats vid sanatorierna, följande:

	Män			Kvinnor		
	Hålahult	Östoråson	Hessleby	Hålahult	Österåson	Hessleby
Plats i helenskildt rum à 3,50 pr dygn	—	3	4	—	5	8
» i halfenskildt » » 2,50 » »	10	5	14	4	6	23
» i allmänt » » 1,25 » »	68	38	51	46	38	48
» i » » » 0,50 » »	67	55	66	55	23	48

Karolinska institutet. Till docent i neurologi har förordats med. d:r Ivar Wickman.

Resestipendier åt universitetslärare. Kungl. Maj:t har för innevarande år tilldelat professor *I. Ch. Bang*, Lund, kr. 500 för att studera den praktiska undervisningen och de tekniska hjälpmedlen vid de fysiologisk kemiska laboratorierna vid universiteten i Berlin, Heidelberg, Strassburg och eventuellt Paris, professor *T. Thunberg*, Lund, kr. 250 för att bevista sjunde internationella fysiologkongressen i Heidelberg 12—17 aug., professor *G. E. Essen-Möller*, Lund, kr. 500 för att å obstetrisk-gynekologiska kliniker i Paris, Strassburg, Freiburg och Tübingen taga kännedom om undervisningen i obstetrik och gynekologi, laboratorn vid Karolinska institutet *A. Pettersson* kr. 550 för att studera tyfusstationer i Tyskland och bakteriologiska universitetslaboratorier med flera liknande institutioner i Tyskland och Belgien samt bevista den fjortonde internationella kongressen för hygien och demografi i Berlin under september månad.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar. att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n: [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Ex. prov.-läk.-tj:n i Svärdsjö distr. (omfattar Svärdsjö, Svartnäs och Envikens socknar af Kopparbergs län; med ett sammanlagdt invånarantal af 8,214 den 1/1 05; lön: 2,500 kr.; sökes hos distr.-styr:n, adr. Svärdsjö)	20 maj.
Reg:tsläk.-tj:n v. Skånska trängkåren[1])	22 maj.
En distr.-läk.-tj. i Helsingborgs stad (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	24 maj.
Extra prov.-läk.-tj:n i Arjeplougs distr.[2]) ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	27 maj
Las.-läk.-tj:n i Visby[3])	31 maj.

Andre underläk.-tj:n v. lasarettet i Gäfle[1]) (löneförmåner: 1,500 kr. jämte fri bostad, och kost + 200 kr. i arvode för medundervisning i sjukvårdarkursen) 31 maj.
Extra prov.-läk.-tj:n i Lima distr. (*ånyo* ledigförklarad se Läk.-tidn. n:r 13—16; ansökan ställes till distriktsstyrelsen, adress kommunalordföranden Larsson, Limedsforsen) 31 maj.
Förste prov.-läk.-tj:n i Blekinge län och den därmed förenade prov.-läk.-tj:n i Karlskrona distr.[1]) 3 juni.
Extra prov.-läk.-tj:n i Gräsö distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod) 3 juni.
En marinläk.-tj. af 2:a gr. (ansökan, ställd till Konungen, inl. hos marinöfverläkaren) 3 juni.
En underläk.-tj. v. Uppsala asyl[3]) 5 juni.
Extra prov.-läk.-tj i Ramsele distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod) 10 juni.
Prov.-läk.-tj:n i Jämshögs distr.[1]) 12 juni.
Prov.-läk.-tj:n i Heby distr.[1]) 12 juni.

Lediga apoteksinrättningar:

Nya apoteket i Ryd[1]) (årlig pensionsafgift 200 kr.) 24 maj.
Apoteket i Säter (priv. uppskattadt till 1,000 kr.) 24 maj.
Apoteket i Mellerud[1]) (årlig pensionsafgift 500 kr.) 10 juni.
Nya apoteket i Billingsfors[1]) (årlig pensionsafgift 350 kr.) 10 juni.
Apoteket i Uddeholm[1]) (årlig pensionsafgift 700 kr.) 10 juni.

Af Med.-styr.:n utnämnda och förordnade:

Till biträd. prov.-läk. i Kalmar distr. (tre år fr. 1 maj): lic. *K. T. Danielsson.*
Till fältläk.-stip. 1:a klass: kand. *Erik Welinder.*
Till las.-underläk. i Umeå (tre år fr. 10 maj): lic. *S. O. Högberg.*

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Biträd. prov.-läk. i Kalmar distr. *H. Ringberg* (30 april).

Af Med.-styr:n afgifna förord till apoteksprivilegier:

Å *apoteket i Mölndal:* innehafvaren af apot. i Mörtfors E. Bergwall.

Med. licentiatexamen aflagd:

(vid Karolinska institutet) af *Alfred Andersson, Lars Edling, Hjalmar Peterséns* och *Hjalmar Svederus.*

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *K. Börjeson* t. f. prov.-läk. i Katrineholms distr. 8 maj—6 juli (s).
Lic. *H. Jakobsson* t. f. prov.-läk. i Oskarshamns distr. 1—30 juni (s).
Lic. *G. Krikortz* t. f. ex. prov.-läk. i Töcksmarks distr. 2 juni—30 aug. (t).
Lic. *E. J. Cavallin* t. f. ex. prov.-läk. i Hvetlanda distr. 25 maj—22 aug. (t).
Lic. *A. Simonsson* t. f. 2:e stadsläk. i Landskrona 15 maj—31 juli (t).
Bitr. prov. läk. *H. Jennische* t. f. stadsläk. i Vänersborg 13 maj—19 juli (t).
D:r *P. Bergman* t. f. öfverläk. v. Malmö allm. sjukhus' med. afd. 1—31 maj (t).

Bitr. prov.-läk. *E. Bjerner* t. f. 1:e prov.-läk. i Gäfleborgs län (och prov.-läk. i Gäfle distr.) samt lic. *R. Hartelius* t. f. bitr. prov.-läk. i Gäfle distr. 11—25 maj (s).

Öfversikt af sammandragen af epidemirapporter

för halfva månaden 1—15 april 1907.

	Städer.					Landsbygd.				
	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa
Stockholm	—	26	42	—	68	—	—	—	—	—
Stockholms län	—	—	—	—	—	—	18	12	—	30
Uppsala	—	—	3	—	3	—	1	9	—	10
Södermanlands	—	1	2	—	3	—	4	4	—	8
Östergötlands	1	1	4	—	6	23	35	13	—	71
Jönköpings	—	1	38	—	39	—	16	34	—	50
Kronobergs	—	—	—	—	—	1	2	15	—	18
Kalmar	—	2	9	—	11	5	1	10	—	16
Gotlands	—	7	—	—	7	—	5	2	—	7
Blekinge	—	—	18	—	18	1	—	4	—	5
Kristianstads	—	—	4	—	4	—	9	37	—	46
Malmöhus	4	8	36	—	48	2	21	49	—	72
Hallands	1	12	12	—	25	—	1	25	—	26
Göteborg	7	6	5	—	18	—	—	—	—	—
Göteborgs o. Bohus	—	—	—	—	—	1	19	9	—	29
Älfsborgs	—	2	2	—	4	1	2	33	—	36
Skaraborgs	6	—	2	—	8	18	5	11	—	34
Värmlands	1	—	—	—	1	7	2	9	—	18
Örebro	—	—	—	—	—	2	8	—	—	10
Västmanlands	1	—	—	—	1	—	2	12	—	14
Kopparbergs	—	—	—	—	—	—	2	6	—	8
Gäfleborgs	—	3	2	—	5	3	10	8	—	21
Västernorrlands	—	1	1	—	2	—	3	9	—	12
Jämtlands	—	2	—	—	2	—	5	—	—	5
Västerbottens	—	—	—	—	—	1	3	6	7	17
Norrbottens	—	—	—	—	—	—	—	11	—	11
Summa	21	72	180	—	273	65	174	328	7	574

Summa sjukdomsfall i hela riket: nervfeber 86, skarlakansfeber 246, difteri 508, rödsot 7. — *Smittkoppor* 4 misstänkta fall i Vara distr. — *Fläckfeber* 1 fall i Tanums distr. — *Akut barnförlamning* 4 fall, däraf 3 i Norrbottens län. — I Jönköpings stad 37 fall af difteri. — Mässling 97 fall i Uppsala stad och 60 i Klippans distr. — Af nervfeber 21 fall i Linköpings och 16 i Hjo distr. samt 5 i Sköfde stad däraf 3 vid trängkåren). — *Mjältbrand* 2 fall i Molkoms distr.

Fall af difteri, skarlakansfeber och nervfeber under första kvartalet af åren 1905—07.

	1905				1906				1907			
	Jan.	Febr.	Mars	$^1/_1$—$^{31}/_3$	Jan.	Febr.	Mars	$^1/_1$—$^{31}/_3$	Jan.	Febr.	Mars	$^1/_1$—$^{31}/_3$
Difteri												
städer	569	510	529	1,608	686	515	424	1,625	482	446	343	1,271
landsbygd	1,617	1,310	1,296	4,223	1,426	962	901	3,289	973	639	713	2,325
hela riket	2,186	1,820	1,825	**5,831**	2,112	1,477	1,325	**4,914**	1,455	1,085	1,056	**3,596**
Skarlakansfeber												
städer	443	445	478	1,366	330	309	322	961	218	143	163	524
landsbygd	917	1,003	942	2,862	713	621	593	1,927	415	297	303	1,015
hela riket	1,360	1,448	1,420	**4,228**	1,043	930	915	**2,888**	633	440	466	**1,539**
Nervfeber												
städer	43	36	47	126	87	52	46	185	51	13	116	180
landsbygd	48	42	39	129	102	70	48	220	62	51	117	230
hela riket	91	78	86	**255**	189	122	94	**405**	113	64	233	**410**

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 24 maj 1907.

4:e årg. | Redaktion: Knut Kjellberg och Hjalmar Forssner. | N:o 21.

Innehåll: Emil Bovin: Om bäckensnitt, spec. pubiotomi såsom förlossningsoperation. — Till D:r Arthur Fürstenberg. — Frey Svenson: Fackspråk och stilprinciper. — Olof Kinberg: Till frågan om fängelseläkarnes insikter i rättspsykiatri. — Periodisk litteratur. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser. — Epidemiöfversikt.

Om bäckensnitt, spec. pubiotomi såsom förlossningsoperation.

Af

Emil Bovin.

Hvilka egendomliga växlingar, ibland, som det tyckes, rent af nyckfulla omkastningar företer ej medicinens historia. Nya behandlingsprinciper framträda och mottagas med allmän entusiasm, som emellertid snart nog, då resultaten ej motsvara förväntningarna, förbytes i det mest deciderade fördömande. Komma så andra tider och andra förhållanden. Samma metoder dyka åter upp och lyckas då ibland tillkämpa sig den ärofullaste plats. Detta gäller ej minst inom obstetriken. De geniala förlossningsoperationer, som vi kalla kejsarsnitt och bäckensnitt (pelviotomi; bäckenutvidgande operation), voro, då de först framträdde, ej riktiga barn af sin tid. De viktigaste förutsättningarna, för att de skulle nå den höga rangplats, dit de hörde, aseptiken och antiseptiken, förefunnos ännu ej. Kejsarsnittets plats är nu klar. Det ser numera ut, som om också bäckensnittet, till en del konkurrent till nyss nämnda operation och länge omtvistadt, är i begrepp att tillkämpa sig en allmänt erkänd ställning.

Af bäckenutvidgande förlossningsoperationer är *symfysiotomien* den, som först utfördes å lefvande, och den ända till

allra sista åren mest omtalade. Dess jämförelsevis korta, men växlingsrika historia är så allmänt känd, att jag här endast i korthet vill påminna om densamma. Utförd första gången 1777 af *Sigault* i Paris[1]) och med lycklig utgång, upptogs den med sådan entusiasm i Frankrike, att man ansåg den betyda en ny æra för förlossningskonsten och lät prägla en medalj öfver Sigault. Redan följande år utfördes op. af *Siebold* i Würtzburg. Men entusiasmen lade sig snart. Fall med olycklig utgång eller med långvarig invaliditet hos modern, beroende i de flesta fall på infektion eller oriktiga, för vida indikationer, döko raskt upp. Till slut förklarade *Baudeloque* operationen för principielt alldeles oriktig, i det han ansåg, att man för att få något tillskott i utrymme i bäckenet måste framkalla en sådan diastas i symfysen, att alltid läsioner i ileo-sacrallederna med efterföljande gårubbningar måste uppstå, och därmed var symfysiotomien för en lång framtid utdömd i Frankrike och i de öfriga stora kulturländerna. I Italien hölls den emellertid vid lif och hade där flera talangfulla utöfvare och försvarare, särskildt *Morisani* i Neapel. Under femårsperioden 1887—1892 utfördes i Italien 42 symfysiotomier med 2 dödsfall bland mödrarna och 5 bland barnen. Sedan Morisanis lärjunge *Spinelli* 1892 vunnit *Pinard* i Paris för operationen, fick denna åter fast fot i Frankrike. Sagda år har betecknats som symfysiotomiens pånyttfödelse. Den spred sig så hastigt till Tyskland, där särskildt *Zweifel* blef en ifrig anhängare och lycklig utöfvare af operationen, Österrike, Ryssland, Amerika och England, att *Varnier* i början af 1893 kunde samla 82 nya, icke italienska fall. Symfysiotomien har sedan i alla dessa länder behållit varma anhängare, men också deciderade motståndare. I de skandinaviska länderna har operationen flera gånger utförts. I vårt land, så vidt jag vet, endast 2 gånger, 1893 af Neuman och 1898 af Walter.

Att döma af de allra sista årens litteratur hafva motståndarne till symfysiotomien, särskildt i Tyskland, numera sträckt vapen inför en annan form af bäckensnitt såsom förlossningsoperation, *pubiotomien*, också den klyfning af bäckenringen framtill, men ej i symfysen utan på endera sidan om densamma. Enär pubiotomiens historia torde vara mindre känd, skall jag be att något utförligare få redogöra för densamma.

Den förste, som framkastat tanken på att med kedjesåg klyfva bäckenringen framtill på sidan om symfysen för att på

---

[1]) Redan 1655 hade *Lacourvée* i Warchau å en efter 4 dygns förlossningsarbete, nyss afliden, oförlöst kvinna genomskurit symfysen och därefter extraherat fostret.

så sätt möjliggöra förlossning vid trångt bäcken anses vara *Aitken*. I sina Principles of midwifery, Third ed., London 1786, säger han på tal om kejsarsnitt, som dittills aldrig haft lycklig utgång i England: »may not this and embryotomy be superseded by a pelvitomia nova? Two incisions, one on each side, reaching to the ossa pubis, as near the crural vessels as safely may be, so that one may be distant from the other about four inches; and two corresponding to and touching the joinings of the rami pubis and ischiorum. The bones are then divided by the flexible saw[1]), without wounding the peritonæum, bladder, urethra or vagina. Thus the segment of the pelvis becomes moveable, and yields to the pressure of the child so as to allow delivery. If due attention be paid to the wound, may not the healing take place in such sort that in future sufficient capacity of the pelvis may be preserved?» I en not tillägger Aitken, att han är sysselsatt med att pröfva operationens effekt på djur. Aitkens plan var sålunda att genom en dubbelsidig pubiotomi mobilisera ett stycke af bäckenringen framtill för att på så sätt möjliggöra en momentan utvidgning. Han hoppades därjämte, att det lösgjorda stycket skulle läka fast så, att utvidgningen blefve bestående. Några funderingar öfver, hvilka rubbningar för framtiden i bäckenets statik och mekanik en sådan operation skulle hafva, meddelar A. icke. Aitkens operation utfördes af *Galbiati* å lefvande 2:ne gånger, 1832 o. 1841, båda med olycklig utgång. G. klöf, där han ansåg att så behöfdes, det mobiliserade bäckenstycket i symfysen eller nöjde sig med symfysiotomi + ensidig pubiotomi. Ytterligare 2:ne gånger skall enl. *Morisani Galbiatis* operation ha utförts i Italien, alla med olycklig utgång för moder och foster. I Frankrike förordade *Pitois* i en thèse 1831, bipubiotomi, snitt fullkomligt enl. Aitken, men lagda medialt om foramina ovalia. Därefter förmäles intet vidare om bipubiotomi i litteraturen, tills på allra sista tiden man efter den ensidiga pubiotomiens utbredning åter börjat fundera öfver, hur efter en dubbelsidig sådan det lösgjorda bäckenstycket skulle komma att förhålla sig (*Stöckel*, Zbl. f. Gyn. 1906, s. 84).

Aitken och hans efterföljare sökte att genom dubbelsidig pubiotomi undgå sådana symfysiotomiens faror som läsioner af ileo-sacrallederna samt af blåsan och urethra. Redan i början af 1800-talet döko andra förslagsställare upp, hvilka

[1]) Han säger sig ha uppfunnit denna såg för att vid symfysiotomi, hvilken han dock ej gillar, kunna genomsåga symfysen, om denna skulle vara förbenad. Redan *Siebold* måste vid sin första symfysiotomi 1778 *såga* genom symfysen.

ville undgå den på symfysiotomien följande, som det ansågs till följd af öppnande af den förmenta ledhålan i symfysen oundvikliga inflammationen genom att genomsåga bäckenringen framtill *på* endera *sidan om symfysen*, således göra ensidig juxta-symfysär pubiotomi. Redan före 1821 hade *Champion* framställt ett sådant förslag, och sedan 1840-talet finnes beskrifning på en ensidig subkutan pubiotomimetod, som fransmannen *Stoltz* i flera år brukat demonstrera å lik. Han gjorde en liten incision vid öfverkanten af ena os pubis invid tuberculum pubis, förde en stor skaftnål, armerad med en kedjesåg tätt längs baksidan af benet och ut på sidan om clitoris samt genomsågade så subkutant ena os pubis. Metoden är af intresse, emedan den i våra dagar upptagits i Tyskland och med stor framgång utförts å lefvande, först af *Döderlein*.

Den första ensidiga genomsågning af bäckenringen framtill å lefvande synes hafva utförts först 1892 af *Pinard* för att möjliggöra förlossning vid ett fall af Nägeles snedförträngda bäcken — således en mera sällsynt indikation. På förslag af *Farabeuf* genomsågade han c:a 5 cm. från medellinien på den förträngda sidan ramus horizontalis pubis och ascendens ischii. Lycklig utgång för moder och foster. Operationen kallades ischio-pubiotomi.

Sedan symfysiotomien efter 1892 åter vunnit talrika anhängare och utöfvare, så dröjde det ej länge, förr än den ensidiga juxta-symfysära pubiotomien också upptogs och pröfvades å lefvande. Äfven för denna operation voro italienare banbrytarne. 1894 föreslog *Gigli* att upptaga *Champions* och *Stoltz'* förslag med extramedian genomsågning af endera os pubis medelst den af honom uppfunna *trådsågen*, hvilken han året förut föreslagit att användas vid symfysiotomi. *Giglis* hufvudargument var, att symfysiotomien vore en kirurgiskt principvidrig operation, i det att vid den öppnades en ledgång, symfysen, i omedelbar närhet till en region, hvilkens aseptik man aldrig med säkerhet kunde behärska, näml. genitalkanalens mynning, samt att ett snitt genom ben läkte lättare än en öppnad led eller snitt genom brosk, allra helst medelst hans såg genomsågningen skedde ytterst lätt och med minsta möjliga läsioner. Ehuru *Giglis* argument ej voro oantastliga (hålan i symfysbrosket är enl. *Waldeyer* ej konstant och är ej klädd af någon synovialmembran, är således ej någon ledhåla; den gamla åsikten, att brosksår ha en mycket ringa läkningstendens gäller enl. *Marchand* icke perichondrium — beklädt brosk; vid aseptisk läkning uppträder snart nog en från perichondriet utgången bindväfscallus, som efter hand broskvandlas), skulle det visa sig, att hans förutsägelse om rask, ostörd läkning kom

att slå in. De första operationer, som utfördes enl. Giglis förslag, den första 1897 af *Bonardi* i Lugano i en fattig bergshydda, utföllo glänsande. På internationella gynekologkongressen i Rom 1902 kunde Gigli redogöra för 7 fall, alla med lycklig utgång, af hvilka ett opererats af honom själf, 4 af andra italienare och 2 af *van der Velde* i Holland. Raskt spred sig nu pubiotomien. Särskildt i Tyskland, hvars obstetrici i allmänhet förhållit sig kyliga gent emot symfysiotomien, har den upptagits med synnerligen lifligt intresse, och tyckes f. n. en täflan där äga rum mellan de olika klinikerna om att framlägga serier af fall. I dec. 1906 kunde *Reifferscheid* hopplocka ur litteraturen 202 fall med 5,94 % mortalitet för mödrarna, under det att en motsvarande »plockstatistik» för symfysiotomien ännu ger 11—12 % mortalitet.

Särskildt från de tyska klinikerna har man numera förskaffat sig en tämligen riklig erfarenhet om pubiotomien, samtidigt med att dess teknik förenklats och fullkomnats.

Trots det att man numera genom mångfaldig erfarenhet och genom talrika försök å lik vet, att *Baudeloque's* teoretiska invändningar mot symfysiotomi voro oriktiga, och att man utan risk för ileo-sacrallederna kan framkalla en diastas i symfysen på ända till 6 cm. och därigenom vinna ett så afsevärdt ökadt utrymme i bäckenets olika plan och vidder, att ett fullgånget foster lefvande kan passera bäckenkanalen vid en conjugata ända ned till 6,75 cm., betrakta likväl ännu flertalet ackuschörer symfysiotomien såsom en till sina resultat nyckfull operation och tillgripa hellre, då så låter sig göra, kejsarsnittet på relativ indikation, alldenstund den sistnämnda operationen med våra dagars teknik nått en utmärkt fullkomning. Hvad man vid symfysiotomien ej alltid lyckats undvika trots modern aseptik har varit *infektion* med efterföljande bristfällig läkning i symfysen, (pseudarthros), samt *läsioner* i omedelbart bakom och under symfysen liggande *mjukdelar*, hvilka efter symfysens klyfning förlorat sitt stöd framåt, vagina, blåsan och urethra. Stora vaginalrupturer hafva förekommit, i hvilka symfysändarna legat blottade, med eller utan samtidig läsion å blåsan och urinröret.

I afsikt att vid pubiotomien minska infektionsfaran lades först mjukdelssnittet på framsidan, af *Gigli* och *van der Velde* snedt eller helt och hållet på sidan om medellinien, för att på så sätt komma så långt från genitalia som möjligt. *Döderlein* upptog *Stoltz' subkutana* metod: litet transversellt snitt vid ena tuberculum pubicum, trubbig aflossning med handskbeklädt finger af blåsa och mjukdelar på baksidan af os pubis, förande mellan os pubis och fingret en förstorad *Deschamps'* skaftnål,

hvilken stickes ut genom labium majus tätt inpå ramus descendens genom ett litet saxklipp, armerande af nålen med en *Giglis* såg, som föres upp genom nålens tillbakadragande. Denna metod har sedan allmänt kommit till användning i Tyskland. *Walcher*, *Kannegiesser* och *Bumm* hafva infört ett fullständigt subkutant förfaringssätt. Bumm för en stor hvässad skaftnål, liknande Olshausens nål för vaginala uterusexstirpationer, men med betydligt större krök, intill ramus descend. pubis en fingerbredd på sidan om medellinien, mellan labium majus och minus och därefter uppåt under ledning af ett finger i vagina tätt inpå baksidan af os, pubis och ut genom huden nära eller i medellinien, armerar nålen med en såg och så tillbaks samma väg. På så sätt anser *Bumm* tekniken vara så enkel, att operationen kan utföras i hemmen.

Vid genomsågningen, som sker med sträckt såg i några drag, bör man hålla sig medialt om tuberculum pubicum för att undvika att komma in i foramen ovale. Man skall såga parallellt med symfysen, emedan vid sned genomsågning benändarna klaffa isär sämre enl. *Bumm*. När benet är genomsågadt, uppstår i allmänhet endast en fingervid springa, som först vid fostrets passage vidgar sig till c:a 2—3 fingrars vidd eller omkring 5 cm. Det förhållandet, att bäckenet vid pubiotomi klaffar isär mindre lätt än vid symfysiotomi, beror därpå, att delar af adduktorernas fästen (adduct long. o. gracilis och af m. rectus abdom.) förbli å det mediala stycket af os pubis. Därtill kommer vid subkutana förfaringssätt, att mjukdelarna på framsidan äro intakta. Af det förra momentet härleder sig *Bumms* iakttagelse, att ju närmare symfysen man sågar, ju mer och lättare öppnar sig bäckenet.

Man behöfver ej heller vid pubiotomi lika sorgfälligt som vid symfysiotomi akta uppå, att vid genomsågningen pat:s ben hållas adducerade och inåtroterade, emedan någon fara för sprängning af ileo-sacrallederna eller isärslitning af mjukdelarna framtill då ej förefinnes.

Enl. *Sellheim* m. fl. vinnes vid pubiotomi samma ökning i utrymmet som vid symfysiotomi vid samma grad af diastas, men pubiotomien kräfver 3 gånger större isärförande kraft.

För fostret innebär detta onekligen en större fara vid pubiotomien, vare sig det skall utskaffas med konst eller utdrifvas genom naturens egna krafter, *men för modern medför den större fixationen af bäckenhalfvorna vid pubiotomien den enorma fördelen i jämförelse vid symfysiotomi att diastasen efter skedd förlossning af sig själf minskas till en liten springa eller fullständigt utplånas utan några vidlyftiga fixerande bandager (en häftplåsterremsa rundt bäckenet eller ett par sandpåsar på sidorna äro*

nog), att konsolidering så fort inträder, att pat. kan stiga ur sängen efter 2 veckor, samt att gårubbningar ej setts uppkomma äfven vid fall, där infektion inträdt. Då enl. *Sellheim* någon nämnvärd asymmetri af bäckenet ej uppstår, om genomsågningen sker ett par cm. på sidan om medellinien, har det ingen praktisk betydelse, på hvilken sida pubiotomien utföres. Andra, t. ex. *Tandler* hålla före, att utrymmet blir större på pubiotomisidan, och tillråda därför, att bäckensnittet lägges på den sida, dit fostret vänder bakhufvudet.

Tilläggas bör att, sedan *Zweifel* upptagit *Döderleins* subkutana förfaringssätt vid symfysiotomien, det ser ut, som om han därmed skulle lyckas afvinna symfysiotomien nästan samma fördelar för modern. Ett plus för symfysiotomien blir då den större lätthet, hvarmed fostret kan passera det lättare isärklaffande bäckenet. *Reifferscheid* har för öfrigt påpekat, att, om man utför pubiotomien enl. *Bumm*, genomsågningen ibland kommer att ske i medellinien, såsom röntgogram efteråt visat, emedan trådsågen vid anspänningen hasar uppför ramus descendens pubis. Man har sålunda på så sätt ibland utfört en subkutan symfysiotomi, hvilken med afseende på resultaten förhållit sig fullkomligt som en pubiotomi.

(Forts.)

Till Doktor Arthur Fürstenberg!

Då Ni, herr doktor, på grund af Eder strängt upptagna tid nu dragit Eder tillbaka från befattningen som A.-B. Läkartidningens verkställande direktör, tillåter sig Läkartidningens redaktion härmed att till Eder rikta ett hjärtligt tack för allt det arbete och den tid Ni ägnat Eder, för oss så betydelsefulla befattning, för det stora intresse, med hvilket Ni deltagit i våra bemödanden att förkofra tidningen, samt för det synnerligen behagliga och kamratliga samarbete, som städse varit rådande mellan Eder och redaktionen.

Stockholm den 20 Maj 1907.

Knut Kjellberg. *Hjalmar Forssner.*

Fackspråk och stilprinciper.

Till **C. M.**

I nummer 18 af Svensk Läkartidning har ni med anledning af en uppsats af Olof Kinberg funnit er föranlåten att ur en af »Frey Svenson» för fem år sedan utgifven »originalartikel» göra ett urplock af en del för er »ibland» obegripliga uttryck såsom exempel på »ett slags psykiatrisk slang» eller »rotvälska». Så vidt det gäller min egen fåfänglighet såsom språkbehandlare, kan ju saken synas obetydlig, den är emellertid — rent objektivt taget — icke så obetydlig som den ser ut, och skall jag därför, helst ni icke är den enda som förargar sig öfver min »slang», taga tillfället till några reflektioner i akt. Visserligen skulle jag ansett lämpligare att ni gjort ert urval ur en af mina senare uppsatser, t. ex. den om Bil. A. i denna tidning eller ur min bok Själslifvets hygien. Men man måste ju stå för sina synder, äfven sedan några år förflutit efter deras begående, och låt oss således antaga, att den af er anförda uppsatsen är representativ för min stil.

Att den bringar er så mycken särdeles vänligt uttryckt förargelse, beror tydligen först och främst på, att ni och jag ha absolut olika stilideal. Språkrenheten är för er tydligen hufvudsaken. För mig är en afsiktlig sträfvan efter språkrenhet ett fel. Att skrifva en någorlunda korrekt och någorlunda ren svenska kan hvilken som helst medelmåttigt begåfvad svensk person, som har tid, litet grammatisk kunskap och Svenska akademiens ordlista. Åt ett annat håll går emellertid min sträfvan. Det suggestibla och det personliga i stilen är för mig utan all jämförelse det mest eftersträfvansvärda, och under försök att nå sådan verkan skyr jag t. ex. ingalunda, då det synes mig lämpligt, öfverföringar från närsläktade språk. Däremot undviker jag om möjligt gallicismer. I hela den utställning af uttryck, som ni anordnat, finnes om jag af lätt insedda skäl bortser från *manisk* och *negativ*, icke mer än en gallicism *manérlighet*, ett utmärkt ord som till på köpet akademiens ordlista råkar upptaga. Jag skyr heller icke nya eller ovanliga sammansättningar, om de synas mig ange just den betydelsenyans jag afser. Att jag med mina sträfvanden icke alltid lyckas nå åsyftad verkan är en annan sak. Det är naturligtvis endast för mina sträfvanden jag kan ansvara.

Mitt modersmål är mig kärt, det kan jag försäkra er, värderade ämbetsbroder, och jag har ägnat det ett visst studium. Jag handlar således icke af nyck utan efter bestämda grundsatser, grundsatser, som för öfrigt stå i öfverensstämmelse med modern språkforskning. Jag kommer allt fortfarande att använda ord med slutstafvelsen *else* (*lifsförelse* är enligt min mening ett ypperligt ord, så mycket ypperligare som det är lånadt från ett systerspråk), jag kommer att begagna prefixet *van* i andra sammansättningar än de häfdvunna *vanart, vanbörd, vansinne, vansinnig, vansinnighet,* jag kommer allt framgent att bruka öfversättningen *aflänkbarhet,* som tillsammans med ett attribut är ett mycket uttrycksfullt synonym för ordet förströddhet o. s. v. Jag medger emellertid villigt, att en del af de uppräknade orden kanske äro mindre lyckliga och beroende på otillräcklig korrekturläsning. Uppsatsen trycktes då jag vistades utomlands.

Detta om mitt eget skrifsätt. Därnäst har jag att upplysa er om att orsaken till att ett psykiatriskt språk eller en psykiatrisk »slang», om man så vill, kommer och oroar er, är den att vi börja få en psykiatrisk litteratur. Med den psykiatriska litteraturen kommer lika säkert

ett särskildt psykiatriskt språk, som det redan finnes ett kirurgiskt språk, och den som vill studera ett fackarbete måste lära sig fackets språk. Endast en rent pedagogisk uppsats har skyldighet att förklara allt. Och detta språk kan omöjligen komma att bannlysas ur en svensk psykiatrisk lärobok, såvida man icke är nog anspråkslös att nöja sig med latinska termer. En sådan lärobok kommer nog i sinom tid, det kan ni vara viss på, den kommer, när kompetent person får tid, förläggare och utsikt till publik; till dess står ju världslitteraturen öppen för äfven en svensk läkare. *Kraepelins:* Einführung in die psychiatrische Klinik, *Binswanger* und *Siemerling:* Lehrbuch der Psychiatrie och *Sommer:* Kriminalpsychologie kunna rekommenderas. Först bör man läsa allmänna delen i Binswanger, därefter Kraepelins Einführung och till sist Sommers bok.

Studerar ni dessa böcker, skola säkerligen åtskilliga af de uppräknade uttrycken och andra i svensk psykiatrisk litteratur förekommande bli förstådda af er. Ni skulle exempelvis inse hvarför jag föreslagit uttrycket *blödsinnighet* (analogi: vansinnighet) *blödsinne* (analogi: vansinne) är emellertid bättre — det är för att beteckna ett hos en från början normal person uppkommet psykiskt defekttillstånd (dementia), som ordet *slösinne* icke kan beteckna, då det redan är uttrycket för ett medfödt dylikt tillstånd. För Wernickes uttryck »überwertige Ideen» finnas inga andra svenska uttryck än *öfvervärda* eller *öfverbetonade föreställningar* (analogier: öfverflödig, öfverfull. öfverdrifven). Jag har antagligen gifvit företrädet åt det senare adjektivet, enär ordet *betonad* (betoning, känslobetoning) redan har burskap i svensk psykologisk litteratur, och det *alltid* är ett känslotillstånd, som värderar en föreställning. För öfversättandet af ordet *Merkfähigkeit* finner jag fortfarande *märkförmåga* (= förmågan att lägga märke till d. v. s. uppfatta och fästa i minnet) vara det riktigaste, *inpräglingsförmåga* säger för mycket, *fixationsförmåga* för litet, är dessutom tvetydigt i än högre grad än märkförmåga, då ett sådant uttryck som: »han kan icke för en längre stund fixera sin uppmärksamhet vid ett visst ämne» rätt ofta förekommer. Hvarför en del uttryck kommit med i uppräkningen, förstår jag sannerligen icke. T. ex. *rörelselöshet* (analogi: medvetslöshet, uttryckslöshet) *manisk, drifthandling, målföreställning* (Wernickes *Zielvorstellung*, jag har sett i svensk psykologisk litteratur åtminstone *syftemålsföreställning), känsloläge, känsloförflackning, rörelseförslappning* (alla tre orden äro sammansatta af fullt svenska ord, som hvarje svensk måste förstå) *särmärke* (upptages af Svenska akademien) *utgångstillstånd* (analogi: utgångspunkt), *föreställningsseghet* och *föreställningstomhet* böra ock kunna förstås om man har litet god vilja. Det torde särskildt med afseende på dessa båda sista uttryck böra framhållas, att ordet lösryckt ur det sammanhang, i hvilket det står, kan te sig på ett helt annat sätt än när man ser det på sin plats, ty sammanhanget ger det först sin fullständiga och verkliga betydelse.

Ni klagar öfver att tonen hos de psykiatriska kritiker, som på senare tid uppträdt, varit öfvermodig. Jag beklagar att den så uppfattats. Det har dock härvidlag aldrig, så vidt jag kunnat se, gällt person utan sak, och ni vet, att då man talar i ett ämne, som varmt intresserar en, får tonen ibland en klang, som lätt missuppfattas af den som anser sig berörd. Möjligt är ju också, att någon hyperkritisk sinnessjukläkare funnit, att kollegernas intresse för psykiatrien varit väl litet, alltför litet för de ansvarsfulla psykiatriska uppgifter som åligga dem. För egen del anser jag öfverlägsenheten endast berättigad i striden mot en själfbelåten tro på egen duktighet, som står i skarpaste kontrast mot en vidöppet ådagalagd oförmåga.

Till sist — hvarför signaturen? Det kunde ju hända, att någon af de kamrater, hvilkas i läkarförteckningen lätt åtkomliga namn ha begynnelsebokstäfverna C. M., icke önskar bli misstänkt för författareskapet till eder insändare.

Med kollegialt handslag
Frey Svenson.

— — — —

Till frågan om fängelseläkarnes insikter i rättspsykiatri.

Svar till »C. M.» och »fängelseläkare».

I en punkt öfverensstämma de båda insändarna, nämligen i sin indignation öfver det påstådda öfvermod, hvarmed jag skulle ha yttrat mig i nämnda uppsats. Att döma af de ur min uppsats citerade yttrandena, tyckes det företrädesvis vara epikrisen till utlåtande n:o 5, som väckt de båda insändarnas harm. Ingendera har emellertid bestridt riktigheten af mina däri fällda omdömen, än mindre sökt bevisa, att dessa omdömen äro oriktiga eller orättvisa. Det förefaller mig dock, som om detta hade varit ett mera logiskt och effektivt sätt att öfva motkritik, än att, såsom insändarna gjort, slå sig för sitt bröst och ropa anathema.

Herr C. M. inlåter sig ej på det sakliga innehållet i min uppsats utan uppehåller sig företrädesvis vid en del psykiatriska facktermer, som förekomma i denna och några andra under senare år publicerade uppsatser af psykiatriskt innehåll. Flertalet af dessa fackuttryck ogillar herr C. M. utan angifvande af andra skäl än att de icke äro »svenska», eller att de ibland äro »obegripliga». Att somliga af dessa termer för många äro obegripliga, är en egenskap hos dem, som de ha gemensamt med en stor mängd andra facktermer, och beror naturligtvis därpå, att det *begreppsinnehåll, som termen afser att uttycka, är obekant för en hvar, som saknar skolning på det kunskapsområde, dit facktermen hör.*

Beträffande herr C. M:s anmärkning angående somliga uttryck, att de ej *finnas* i svenska språket, vill jag framhålla följande:

Då en vetenskap uppstår och utvecklas, skapas ju nya föreställningar, hvilkas språkliga dräkt helt naturligt ej finnes färdig, utan måste förfärdigas. Detta kan ske antingen på det sätt, att man lånar och naturaliserar ett främmande språks facktermer för ifrågavarande begrepp (t. ex. det af mig föreslagna ordet »fixationsförmåga»), eller på det sätt att man af det egna språkets ordförråd söker bilda ett nytt ord eller uttryck (t. ex. ordet »öfvervärdig»). Det är visserligen sant, såsom herr C. M. anmärker, att ordet »öfvervärdig» (überwertig, prévalent) ej finnes — eller rättare ej funnits — i svenska språket, det är likväl ett fullt svenskt ord (jämför den analoga nybildningen »flervärdig» i den kemiska terminologin). Beträffande ordets betydelse, hvilken synes vara herr C. M. obekant, vill jag nämna, att man med öfvervärdig menar en föreställnings egenskap att äga en abnormt stark retbarhet eller tonus, eller med andra ord en abnormt stark benägenhet att tränga sig upp i medvetandet. Ordet är således icke liktydigt med »öfverbetonad», om också en abnormt stark känslobetoning kan sägas vara en vanlig egenskap hos en öfvervärdig föreställning och en af orsakerna till dess öfvervärdighet. F. ö. hade det väl

ej varit olämpligt, om herr C. M. haft någon kännedom om de *fackvetenskapliga begreppens innehåll,* innan han inlåtit sig på en kritik af deras *språkliga form.*

Att en svensk lärobok i psykiatri ingalunda är en nödvändig förutsättning för kunskap om det psykiatriska begreppsinnehållet, förmodar jag, att herr C. M. medgifver. Huru skulle vi annars reda oss ifraga om alla andra medicinska discipliner, där svenska läroböcker saknas?

Om sålunda förekomsten af en svensk lärobok i psykiatri ingalunda är nödvändig för inhämtande af kunskaper i facket, så är den å andra sidan ej heller tillräcklig för åstadkommande af en enhetlig, allmänt använd, psykiatrisk-psykologisk fackterminologi. Bristen härpå afhjälpes nämligen ingalunda därmed, att en person sätter sig ned och skrifver en psykiatrisk lärobok på svenska. Fastmer fordras för afhjälpande af denna brist, att enhvar, som sysselsätter sig med psykologiskt-psykiatriska ting, söker finna språkliga uttryck för fackbegreppen. för att på detta sätt lämna material till det språkliga urval, genom hvilket de bästa och ändamålsenligaste termerna skola erhålla sin språkliga medborgarrätt.

Till slut vill jag påpeka ett litet missförstånd af herr C. M. Det af honom åberopade stycket å sid. 204 i min uppsats (epikrisen till 2:dra utlåtandet) är alldeles icke någon redogörelse för, hvad jag menar med en impulsiv handling, ej heller någon öfversättning från tyskan, utan ett försök att med tillämpning af Wernickes schema öfver de psykologiska förloppen och med användning af Wernickes terminologi tolka en viss handling hos pat. ifråga. Med synbart ogillande af mitt tolkningsförsök förklarar emellertid herr C. M. öfverlägset, att han »afstår från att analysera» detsamma. Jag kan ej annat än beklaga, att herr C. M. sålunda genom sin reserverade hållning beröfvar mig tillfälle att lära känna hans egen, förmodligen riktigare tolkning af fallet.

I motsats till herr C. M. har »fängelseläkare» upptagit till diskussion det sakliga innehållet i min uppsats. »Fängelseläkares» förslag går ut på att låta fängelseläkareinstitutionen förbli sådan den är och hänvisa alla för psykisk abnormitet misstänkta fångar till hospital. Mot detta förslag ber jag att få invända följande:

1) Det torde enligt mitt förmenande finnas goda skäl att antaga, det icke hvarje fängelseläkare i fall af psykisk abnormitet skulle komma till den misstanken, att en dylik föreläge. Ty jag känner fall, där vederbörande fängelseläkare, trots det att misstanken på psykisk abnormitet under rannsakningen väckts (af åklagaren, af vittnen, af den tilltalades anhöriga etc.), icke genom sin undersökning kunnat bekräfta denna misstanke, ehuru genom ytterligare rättspsykiatrisk undersökning ådagalagts, att den tilltalade lidit af sinnessjukdom resp. höggradig psykisk undermålighet. (Utlåtandet n:o 4 i min uppsats är ett exempel härpå.)

2) Äfven om »fängelseläkares» antagande vore riktigt, är enligt min uppfattning en fullgod rättspsykiatrisk utbildning nödvändig för fängelseläkaren.

Anm. Att fordran på ökad kompetens och ökadt arbete måste förutsätta helt andra ekonomiska villkor för fängelseläkarna än de nuvarande, faller af sig själft. Ty ett uppställande af vidlyftiga kompetensvillkor för tjänsten, som aflönas med några hundra kronor årligen, skulle uppenbarligen endast leda därhän, att dessa tjänster förblefve obesatta.

Ty en ökad befogenhet hos rättspsykiatriskt skolade fängelseläkare rörande straffutöfningen i sin helhet torde vara ett oumbärligt medel

för att inrikta den straffrättsliga behandlingen af brottslingar, öfverhufvudtaget på psykologiskt riktigare och såväl ifråga om brottslingens socialisering som samhällets skydd verksammare banor.

3. Fängelseläkarnas rättspsykiatriska utbildning sammanhänger på det närmaste med frågan om de kriminella sinnessjukas och undermåligas behandling. Utan att här närmare ingå på detta nog så vidlyftiga spörsmål, vill jag dock framhålla, att enligt de f. n. härom föreliggande erfarenheterna inrättandet af sinnessjukafdelningar vid åtminstone alla större centralfängelser torde få anses som ett synnerligen viktigt, kanske oundgängligt led i behandlingen af dylika sjuka. Att rättspsykiatriskt väl skolade fängelseläkare utgöra ett nödvändigt attribut till dylika sjukafdelningar, behöfver väl ej bevisas. Synnerligen belysande är, att en så framstående rättspsykiater som Moeli i Berlin, anser det viktigaste i hela frågan om de kriminella sinnessjukas behandling vara fullgod rättspsykiatrisk sakkunskap hos fängelseläkarna.

Till sist vill jag opponera mig mot fängelseläkares påstående, att min kritik af de i min uppsats anförda utlåtandena varit »personlig». Det är visserligen sant, att jag kunnat i utlåtandenas rubriker utelämna namnet på de häradsrätter, där rannsakningen skett. Dock hade jag enligt vetenskapligt publicistisk praxis varit tvungen att för kontrollens skull utsätta utlåtandenas nummer i K. Med.-styrelsens expeditionskoncept. Med ledning af dessa nummer hade det varit lätt för enhvar, som haft tillräckligt intresse härför, att taga reda på utlåtandenas författare.

Det är ju klart, att då bakom hvarje mänsklig handling står en eller flera personer, en kritik af en handling också är i så mån »personlig», att den måste träffa handlingens upphofsman. För öfrigt torde väl svenska fängelseläkares offentliga handlingar, lika litet som andra svenska statstjänares ämbetsverksamhet, åtnjuta privilegiet att vara fritagna från offentlig kritik. Att dylik kritik, äfven om den öppet anger vederbörandes namn, ej i och för sig får anses vara »personlig» i den mening, svenskt språkbruk tillägger detta uttryck, torde väl vara obestridligt.

Olof Kinberg.

Periodisk litteratur.

Här meddelas de senaste tidskrifthäftenas innehåll med undantag af referat, boknyheter m. m.

Tidskrift for den norske lægeforening, n:r 6. *Fredrik Grøn:* Bidrag til den norrøne lægekunst historie. — *O. Mejlænder:* Lidt om lægerne og Tuberkulosesanatorierne. — *A. Backer:* Tuberkulosehjemmet Høgaas ved Skien. — *M. Müller:* Aarsberetning for Røros pleiehjem for tuberkuløse i 1905.

Ugeskrift for læger, n:r 9—13. *H. Iacobæus:* Om Angina pectoris, særlig med Hensyn til denne Lidelses Behandling med Finsens Lysbade. — *Povl Heiberg:* Om Varigheden af de dødelige Tilfælde af Skarlagensfeber i den danske Bybefolkning udenfor København i Aarene 1885—1900. — Det kongelige Sundhedskollegium 1901—1907. — *A. Stadfeldt:* Bemærkninger om den saakaldte Skrofulose og dens Forhold til de flyktænulære Øjensygdomme. — Det kgl. Sundhedskollegiums Klage til H. M. Kongen,

Hospitalstidende, n:r 9—13. *Peter Lorenzen:* Kroniske reumatiske Muskelinfiltrater. — *Knud Schroeder:* Undersøgelser over Guajacprøven for Blod. — Kasuistik. — *Nordentoft:* To Appendicitistilfælde. — *Oscar Horn:* Et Tilfælde af primært Adenocarcinom i Lungen med flimrende Cylinderepitel. — *A. Wimmer:* Den syfilitiske Spinalparalyse. — *Gordon Norrie:* Det kgl. Frederiks Hospitals 150-aarige Jubilæum. — *M. K. Zarthmann;* Sundhedskollegiet og Justitsministeren. — *Jonas Collin:* Et Tilfælde af Phlebitis ved Behandling med Stasehyperæmi.

Nord. Tidskr. for Terap., april. *S. Bang:* Behandling af larynxlidelser med lys. — *E. V. Pallin:* Erfarenheter om sanatogen. — *E. A. von Willebrand:* Om fettsotens orsaker och dess behandling. — *A. Wimmer:* Forsinket traumatisk hjærneapopleksi.

Finska läkarsällskapets handlingar, april. *G. Henricius:* Om totalexstirpationen af den karcinomatösa lifmodern. — *R. Tigerstedt:* Till kännedomen om inverkan af digitalis och strophantus på blodomloppet. — *E. Jusélius:* Några fall af större intresse. — *E. Jusélius:* Inlägg i frågan om de plastiska operationerna vid ögonlocksskrumpningar.

Hygiea, n:r 4. *C. Lindahl:* Bidrag till kännedom om tårvätskans bakteriedödande verkan. — *Adam Reuterskiöld:* Några ord om operaionsindikationerna vid ulcus ventriculi.

Bibliotek for Læger, n:o 3 o. 4. *August Wimmer:* Om Forløbet af de sensitive Baner i Rygmarven og den forlængede Marv. — *H. J. Bing:* Om Bestemmelse af Hjertets Grænser ved Perkussion. — *K. Carøe:* Et utrykt Arbejde af Simon Crüger. — *Carl Otto:* Kræfthospitaler og Kræftkomitéer. —

Medicinsk Revue, n:r 4. *J. Sandberg:* Aarsberetning for Bergens sygehus 1906. — *Klaus Hanssen:* Om diagnosen av hjertesygdomme.

Tidskrift for den norske lægeforening, n:r 7—8. *P. Henrikssen:* Hyperæmi som lægemiddel — Biers stasebehandling. — *Fredrik Grøn:* Bidrag till den norrøne lægekunsts historie. — *A. Roh:* Hygieniske meddelelser og social medicin: Et praktisk og billigt formalinapparat. — *J. Fr. Nielsen:* En paratyfusepidemi i Gulen. — *M. Geirsvold:* Epidemiske sygdomme i Norge.

Ugeskrift for læger, n:r 14—17. *Jul. Petersen:* Det kongelige Frederiks Hospitals Betydning for Lægevidenskaben. — Det kgl. Sundhedskollegiums Klage til H. M. Kongen. — *Chr. Saugman:* Om Draabeinfektionens Betydning for Udbredelsen af Tuberkulosen. — *Erik E. Faber:* Silkeborg Vandkuranstalt som Kursted. — *P. Teteus Hald:* Om Forøgelse afØrefloddets Vægtfylde ved Otitis media suppurativa acuta som Indikation for Opmejsling af Processus mastoideus samt om de Fejl, der knytter sig till Hammerschlag's metode till Vægtfyldebestemmelse.

Tidskrift i Militär Hälsovård, n:r 1 *J. M. Nyström:* Om åtgärder mot smittosamma sjukdomar vid våra truppförband. — *D. Fischer:* Om epidemisk cerebrospinalmeningit. — *K. A. Odqvist:* Om lungundersökning vid Hålahults sanatorium. — *Edv. Edholm:* Roths Jahresbericht 1905.

Hvarjehanda notiser.

Nya extra prov.-läk.-distr. Kungl. Maj:t har medgifvit att *Grundsunda* kommun (Örnsköldsviks prov.-läk.-distr.) t. o. m. år 1911 bildar ett extra prov.-läk.-distr. med station i Husums by. Statsbidrag 500 kr., från kommunen 1.500 kr. (+ 300 kr. i hyresersättning), från landstinget 500 kr.

Likaledes har Kungl. Maj:t medgifvit att socknarna Garda, Lau, Alskog (Hemse prov.-läk.-distr.), Ardre, Ala, Gammelgarn och Kräcklingbo (Visby prov.-läk.-distr.) t. o. m. år 1911 bilda ett extra prov.-läk.-distr. med station i *Ljugarn*. Statsbidrag 1,000 kr., kommunerna tillsammans 1,425 kr.

Vid **Stockholms stads provisoriska sinnessjukvårdanstalter** — Katarina sjukhus 106 platser, vid Brännkyrkagatan 32, vid Södermannagatan 50, vid Bondegatan 50 platser (och under inredning ytterligare 40 platser) — har Kungl. Maj:t beviljat tjänstårsberäkningsrätt för en öfverläkare (5,000 kr. lön och 300 kr. såsom direktörsarvode) och för två underläkare (hvardera 2,500 kr. och fri bostad), allt intill dess den beslutade vårdanstalten vid Långbro 460 platser blir färdig att tagas i bruk.

Sjukhuset S:t Göran. Tjänstårsberäkning har beviljats såväl öfverläkaren (förut läkaren) som ytterligare en amanuens (lön: 1,500 kr. jämte fri bostad).

Sabbatsbergs sjukhus. Åt ytterligare en amanuens vid den medicinska afdelningen har tjänstårsrätt medgifvits (lön: 1,500 kr. jämte fri bostad).

Allmänna försörjningsinrättningen i Stockholm. Öfverläkaren vid afdelningen för sinnessjuka har medgifvits rätt till tjänstår (lön: 4,500 kr.).

Stockholms stads nya barnbördshus å Södermalm. Tjänstårsberäkning har beviljats en amanuens (lön: 1,500 kr. jämte fri bostad).

Uppsala epidemisjukhus. Biträdande läkaren har numera rätt till tjänstår (lön: 1,800 kr. jämte fri bostad).

Karolinska institutet. Lic. Einar Key försvarade den 14 d:s för erhållande af medicinsk doktorsgrad en afhandling med titet »Bidrag till den kirurgiska behandlingen af ulcus ventriculi».

A.-B. Läkartidningens bolagsstämma ägde rum den 18 maj, hvarvid ansvarsfrihet beviljades styrelsen. Till ledamöter af styrelsen valdes med.-rådet R. A. Wawrinsky, E. Björkman, C. Schwieler samt i stället för d:r A. Fürstenberg, som undanbedt sig återval, d:r C. Sundell med herrar d:r P. J. C. Lundgren och U. Müllern-Aspegren som suppleanter. Till revisorer återvaldes d:r J. Sutthoff och F. Odenius med herrar d:r Sjögren, Södertälje och A. H. Christenson, Skara som suppleanter.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n: [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Extra prov.-läk.-tj:n i Arjeplougs distr.[2]) ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	27 maj
Las.-läk.-tj:n i Visby[1])	31 maj.
Andre underläk.-tj:n v. lasarettet i Gäfle[3]) (löneförmåner: 1,500 kr. jämte fri bostad, och kost + 200 kr. i arvode för medundervisning i sjukvårdarkursen)	31 maj.
Extra prov.-läk.-tj:n i Lima distr. (*ånyo* ledigförklarad se Läk.-tidn. n:r 13—16; ansökan ställes till distriktsstyrelsen, adress kommunalordföranden Larsson, Limedsforsen)	31 maj.
Förste prov.-läk.-tj:n i Blekinge län och den därmed förenade prov.-läk.-tj:n i Karlskrona distr.[1])	3 juni.
Extra prov.-läk.-tj:n i Gräsö distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	3 juni.
En marinläk.-tj. af 2:a gr. (ansökan, ställd till Konungen, inl. hos marinöfverläkaren)	3 juni.
En underläk.-tj. v. Uppsala asyl[3])	5 juni.
Extra prov.-läk.-tj i Ramsele distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	10 juni.
Prov.-läk.-tj:n i Jämshögs distr.[1])	12 juni.
Prov.-läk.-tj:n i Heby distr.[1])	12 juni.
Extra prov.-läk.-tj:n i Österåkers distr. (distr. omfattar Österåkers och Ösebygarns socknar af Stockholms län med läkarstation och apotek i Åkersberg; ansökan till läkardistr.-styrelsens ordf. W. Lundin, Karby, Brottby)	14 juni.
Prov.-läk.-tj:n i Eskilstuna distr.[1])	15 juni.
Stadsläk.-tj:n i Trosa (ansökan, ställd till stadsfullmäktige, inlämnas hos magistraten)	15 juni.
Sex underläk.-tj:r v. allm. garnisonssjukhuset[2])	15 juni.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Mellerud[1]) (årlig pensionsafgift 500 kr.)	10 juni.
Nya apoteket i Billingsfors[1]) (årlig pensionsafgift 350 kr.)	10 juni.
Apoteket i Uddeholm[1]) (årlig pensionsafgift 700 kr.)	10 juni.

Af vederbörande myndigheter antagen:

Till förste stadsläk. i Strängnäs: stadsläk. i Trosa m. m. *C. G. Kjellman.*

Sökande:

Till *två civila läk.-stip:r:* lic:rna Hj. Areschoug, P. G. Olsson, Hj. Pettersson.

Till *ex. prov.-läk.-tj:n i Grönskåra distr.:* lic. Elof Nilsson.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *H. Severin* t. f. bitr. prov.-läk. i Karlstads distr. 15 maj—15 juni (t).

Kand. *J. Th. Lundbladh* t. f. prov.-läk. i Gislaveds distr. 10 juni—9 juli (s).

Lic. *E. Feltström* t. f. las.-läk. i Visby (v).
Kand. *R. Rinnander* t. f. ex. prov.-läk. i Österåkers distr. 12 maj—30 juni (v).
Kand. *Josua Tillgren* t. f. 2:e las.-underläk. i Gäfle fr. 17 maj (v).

Död:

Praktiserande läkaren i Stockholm, medicine licentiaten *N. J. Amandus Nilsson* afled den 15 dennes vid 43 års ålder.

Öfversikt af sammandragen af epidemirapporter

för halfva månaden 1—15 april 1907.

	Städer.					Landsbygd.				
	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa
Stockholm	—	37	53	—	90	—	—	—	—	—
Stockholms län	—	—	3	—	3	4	15	8	—	27
Uppsala	1	—	5	—	6	—	6	14	—	20
Södermanlands	—	1	1	—	2	2	5	10	—	17
Östergötlands	—	4	9	—	13	10	28	10	—	48
Jönköpings	—	—	47	—	47	—	13	8	—	21
Kronobergs	1	—	—	—	1	—	4	10	—	14
Kalmar	1	1	14	—	16	2	7	15	—	24
Gotlands	—	3	1	—	4	—	1	—	—	1
Blekinge	—	1	7	—	8	—	—	7	—	7
Kristianstads	—	—	3	—	3	1	3	42	—	46
Malmöhus	1	5	17	—	23	2	16	34	—	52
Hallands	—	13	18	—	31	2	—	5	—	7
Göteborg	1	14	12	—	27	—	—	—	—	—
Göteborgs o. Bohus	1	1	1	—	3	—	11	14	—	25
Älfsborgs	—	2	6	—	8	—	5	12	—	17
Skaraborgs	8	—	2	—	10	16	1	12	—	29
Värmlands	—	—	—	—	—	4	—	4	—	8
Örebro	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2
Västmanlands	—	—	1	—	1	—	5	8	—	13
Kopparbergs	—	—	—	—	—	—	1	5	—	6
Gäfleborgs	—	1	—	—	1	1	16	4	—	21
Västernorrlands	1	4	—	—	5	14	7	9	—	30
Jämtlands	—	1	—	—	1	—	3	4	—	7
Västerbottens	—	1	1	—	2	—	9	2	—	11
Norrbottens	—	—	—	—	—	—	—	4	—	4
Summa	15	89	201	—	305	60	156	241	—	457

Summa sjukdomsfall i hela riket: nervfeber 75, skarlakansfeber 245, difteri 442, rödsot 0. — *Akut barnförlamning* 2 fall (1 i Malmö. 1 i Hjo).

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 31 maj 1907.

4:e årg. Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER. N:o 22.

Innehåll: EMIL BOVIN: Om bäckensnitt, spec. pubiotomi såsom förlossningsoperation. — En extra provinsialläkareutnämning inför Kungl. Maj:t. — Insändt. — Offentliga underrättelser.

Om bäckensnitt, spec. pubiotomi såsom förlossningsoperation.

Af

Emil Bovin.

(Forts. och slut fr. n:r 21).

Hvad nu faran för *infektion* beträffar, så har erfarenheten lärt, att särskildt vid den subkutana pubiotomien enl. *Döderlein* eller *Walcher-Bumm* risken är ganska ringa. Äfven där hämatom uppstått, har suppuration i allmänhet ej inträdt. De flesta operatörer dränera ej incisionsöppningarna, framför allt ej den nedre af fruktan för infektion från genitalia, utan suturera dem. Andra lägga in ett litet rör eller en dränremsa. Relativt ofta har emellertid puerperiet förlöpt febrilt. Hos *Leopold* har man flera gånger iakttagit lochiometra.

Läsionerna i vagina, blåsan och urinröret vid symfysiotomi ha i allmänhet uppstått vid fostrets utskaffande. *Zweifel* och *Morisani* ha därför också med goda resultat öfverlåtit fostrets utdrifvande eller åtminstone nedträngande i bäckenet åt naturens egna krafter utan att därför plågor åsamkats kvinnan, såsom många velat hålla före. Vid *pubiotomien* hade man hoppats att, genom att bäckensnittet lades på sidan om medellinien, undgå dessa läsioner, alldenstund blåsan och urinröret bibehöllo sitt stöd och fäste i medellinien, och mjukdelar förekommo mellan vagina och bäckenet åt sidorna. Dessa förhoppningar hafva emellertid endast delvis realiserats. Äfven vid pubiotomi hafva vaginalrupturer, t. o. m. dödliga sådana, samt läsioner å blåsa och urinrör förekommit framför allt hos förstföderskor med oförberedd förlossningsväg, ehuru ej så ofta

som vid symfysiotomi. Hos förstföderskor bör man därför, om man anser sig böra underkasta sådana pubiotomi, efter verkställdt bäckensnitt helst öfverlåta fostrets nedträngande och event. utdrifvande åt naturen samt förbereda vagina och perineum med kolpeurys event. lateralsnitt i vulva. Förutsättning är emellertid för detta, att bäckensnittet utföres så tidigt, att kvinnans krafter ej äro uttömda och fostret ej i fara. Men just häri ligger svårigheten att hos förstföderskor veta, huru mycket man kan tilltro värkarna, och huru länge man skall expektera. Hos omföderskor är risken för ofvan sagda mjukdelsläsioner betydligt mindre. Är cervix förberedd, låter man sålunda vid minsta fara för moder eller foster hög tångextraktion eller, om så befinnes lämpligt, vändning och extraktion följa omedelbart på pubiotomien. Är ingen fara för handen, kan man utan olägenhet för patienten afvakta effekten af värkarna efter utfördt bäckensnitt.

Extraktionen har i allmänhet försiggått lätt, framför allt om pubiotomien lagts nära medellinien. *Reifferscheid* har i några sådana fall iakttagit, att lig. arcuatum ej blifvit genomsågadt, utan gjort motstånd samt först efter kraftigare extraktioner plötsligen brustit.

En form af blåsläsioner äro karakteristiska för den fullständigt subkutana pubiotomien med skarp nål. Vid förande af nålen under ledning af fingret från vagina bakom os pubis har det händt, att blåsväggen genomstuckits af nålen och sålunda ytterligare läderats af sågen, beroende detta på, antingen att blåsan ej varit tömd, att den vällt fram öfver öfverkanten af os pubis eller varit patologiskt adherent till baksidan af os pubis, hvilket bl. a. lär skola förekomma efter svåra bäckenförträngningsförlossningar. Enda följden har i allmänhet varit några dagars urinflöde ur nedre insticksöppningen. Men fall finnes beskrifvet, där efter sådana symtom pat. plöts ligt aflidit i lungemboli. Det kan ju vara endast en tillfällighet, men man måste framhålla möjligheten af att urinflödet gynnat uppkomsten af thrombos i venplexus kring blåsans framsida, med uppåtstigande trombosering och lungemboli. Sådana blåsläsioner undgår man naturligtvis med *Döderlein's* halfsubkutana metod.

Ureteren, som vid slutet af graviditeten ligger pressad mot bäckenväggen tämligen långt fram, kan enl. *Tandler* dock aldrig komma i fara att läderas vid pubiotomi, emedan den ej når fram till området för corpus ossis pubis.

Blödningen, som ofta vid symfysiotomi varit ansenlig ur de framför blåsan och bakom ossa pubis och arcus pubis liggande vennäten, de symmetriska plexus vesicales samt plexus

pudendus impar och vena dorsalis clitoridis i medellinien samt corpora cavernosa clitoridis, af hvilka senare en alltid afslites vid symfysiotomi och läderas med sågen vid pubiotomi enl. *Tandler* och *Zweifel*, har vid pubiotomi ej så sällan varit rätt betydlig, men kunnat stillas med kompression, tamponad eller omstickningar. Dock finnes enl. *Reifferscheid* ett fall af dödande blödning från *v. Rosthorn's* klinik. Utom ofvannämnda venösa kärl kan äfven vid oförsiktigt genomstickande af labium, då man ej hållit sig tätt intill ramus descendens, bulbus vestibuli läderas, hvarjämte det alltid blöder ur de under graviditeten mäktiga venerna i labia. Arteriell blödning är ej att befara. Ossa pubis nutrieras af på fram- och baksidorna liggande, med hvarandra anastomoserande fina kärlnät ur aa. obturatoriæ samt epigast. inff. Dessa kärl såväl som ändgrenen af a. pudenda int., a. clitoridis, hvilken också måste läderas, äro emellertid fina och utan praktisk betydelse. Dock meddelar *Zweifel* ett fall af stark blödning ur a. clitoridis, som först stillades efter omstickning. Någon möjlighet att lädera de stora femoralkärlen finnes naturligtvis icke, då man håller sig medialt om tuberculum pubicum.

En följd af kärlläsionerna äro naturligtvis de *hämatom*, som man rätt ofta sett uppkomma efter pubiotomi kring genomsågningsstället och ned i labium, stundom trädande i dagen först efter en eller annan vecka. Ehuru de oftast resorberats spontant och ej infekterats, utgöra de dock en fara för infektion, tvinga till längre sängliggande samt gynna möjligen uppkomsten af tromboser. Enl. *Kannegiesser* förekomma lårvenstromboser oftare efter pubiotomier än efter andra operativa förlossningar, för hvilket naturligtvis flera andra orsaksmoment kunna antagas såsom lindriga infektioner, strängare stillaliggande o. a.

Bumm anser sig förekomma uppkomsten af hämatom genom 12 till 24 timmars kompression dels utifrån genom bandage, dels inifrån genom gastamponad af vagina. Fråga är om man icke bäst förekommer hämatom genom *Döderlein's* halfsubkutana metod och med ett eller ett par dygns tamponad af såren med en liten gasremsa eller inläggande af ett litet dränrör. För så kort tid kan man nog i de flesta fall skydda sig för infektion utifrån, och på samma gång har man med *Döderlein's* metod skyddat blåsan för läsion vid sågens anläggande.

En ur kirurgisk synpunkt principiellt riktig pubiotomimetod, som bäst bör skydda såväl mot blås- som kärlläsioner, ehuru det är möjligt, att den kommer att visa sig onödigt omständlig, är en af *Tandler* föreslagen. Snitt lateralt om labium

majus längs ramus descendens pubis in på denna, började 1 $^1/_2$ cm. från symfysens underkant. Sedan benkanten blottats, afskrapas med raspatorium periostet tillsammans med det vid detsamma fastväxta crus clitoridis. Corpus cavernosum underbindes dubbelt och afklippes. Därefter fortsättes aflossandet af periostet på baksidan af corpus ossis pubis. En stor skaftnål, t. ex. *Bumm's*, föres upp mellan periostet och benet samt stickes ut vid öfre kanten medialt om tuberculum pubicum. På så sätt måste onekligen blåsa och kärl bäst skyddas.

På grund af sina undersökningar af mm. transv. perinei prof. och levator ani och dessa musklers förhållande vid genitalprolaps framkastar *Tandler* tanken på, att efter pubiotomi, då sagda muskler alltid blifva läderade, prolaps möjligen skulle komma att uppstå. Denna T:s förutsägelse synes redan vara bekräftad af erfarenheten. Från såväl *Bumm's* som från *Leopold's* kliniker talas om efter pubiotomier uppkomna *vaginalprolapser*. *Bumm* har ett fall af subkutan symfysiotomi, där t. o. m. blåsan synes fullständigt ha förlorat sitt fäste vid främre bäckenväggen och i sin helhet sjunkit ned.

Huruvida de fall af *slapphet* i *blåssfinktern*, som förekommit efter pubiotomi, varit en följd af sagda operation eller haft samma ursprung som de stundom efter vanliga förlossningar uppkomna, torde ännu vara för tidigt att uttala sig om.

Hvad nu *resultatet* med afseende å *fostren* efter pubiotomi beträffar, så ha hos *Leopold* förekommit 4 döda foster på 23 förlossningar, hos *Fritsch* 0 på 22 och hos *Bumm* 1 på 16 = tillsammans 8 % mortalitet. Då denna siffra härleder sig från 3:ne utmärkta kliniker med serier af fall, är det sannolikt, att om man skulle plocka ihop alla publicerade ströfall, siffran skulle bli sämre. Dock torde väl med ökad erfarenhet om indikationer och teknik samt om rätta tidpunkten för ingreppet antalet lefvande foster efter pubiotomi komma att ökas.

När är pubiotomi indicerad? Man tyckes vara ganska enig om att sätta undre gränsen för enkelt platt bäcken kring 7 cm:s conjug. vera och den öfre kring 8,5 cm. (vid allm. förträngdt resp. 7,5 och 9), dock att naturligtvis dessa gränser icke äro absoluta, utan att äfven hänsyn måste tagas till de andra hufvudfaktorerna, som bestämma förlossningens gång vid trångt bäcken, nämligen fosterhufvudets storlek och formbarhet samt värkarnas styrka. Just däri, att man har tid att taga hänsyn till de sistnämnda faktorerna, har bäckensnittet ett stort företräde framför kejsarsnitt på relativ indikation och profylaktisk vändning, vid hvilka ingrepp ju ens handlande bestämmes icke så mycket af de föreliggande förhållandena, som af hur före-

gående förlossningar aflupit. Man låter vattnet gå och afvaktar effekten af de då isättande kraftigare värkarna.

Att försöka med pubiotomi efter misslyckadt försök med hög tång afrådes allmänt ifrån. Fostret har därvid åsamkats sådana skador, att det icke efter bäckensnitt kommer ut vid lif eller förblir lefvande. På misslyckad hög tång, lagd efter riktiga indikationer, bör endast perforation följa, fostret må vara lefvande eller dödt.

Däremot har man med framgång i några fall, då tvekan rådt om pubiotomi varit nödvändig, först anlagt trådsågen, så gjort försök med hög tång eller vändning och extraktion, samt, då bäckenets motstånd med måttliga traktioner ej kunnat öfvervinnas, genomsågat bäckenet och extraherat fostret vid lif.

Pubiotomien är således afsedd att ersätta kejsarsnitt på relativ indikation ned till c:a 7 cm:s vera samt perforation på lefvande foster. Kejsarsnittet ger visserligen flera lefvande foster (mortalitet 4—5 %), men det har större mortalitet för mödrarna, 10—14 %, är en bukoperation och sålunda event. åtföljdt af på sådana följande komplikationer, kan ge upphof till svåra smärtor under en följande graviditet till följd af sammanväxningar med bukväggen, utsätter pat. för risken af ruptur under en följande förlossning.

Kunna nu pubiotomi och kejsarsnitt fullständigt ersätta perforation på lefvande foster? Alldeles icke. Är moderns lif i öfverhängande fara, t. ex. vid svår infektion, svår hjärt-, lung- eller njursjukdom med inkompensationssymtom, är ackuschören enligt min mening skyldig att föreslå det ingrepp, som medför minsta risken för modern utan hänsyn till fostret, och detta är perforationen. Yrkar däremot modern, medveten om farorna, på att en för fostret lifsräddande operation utföres, eller är kvinnan döende, ligga förhållandena annorlunda. Att såsom *Pinard* gör påtvinga kvinnan bäckensnitt eller kejsarsnitt för att rädda fostret, äfven t. ex. vid svår infektion, under förmenande att perforation af lefvande foster alltid är otillåtlig, en åsikt till hvilken en del representanter för modern »klinisk» obstetrik i Tyskland också äro benägna att sluta sig, är enligt min mening omänskligt, ja vidrigt. Jag betviflar, att dylika åsikter framkommit, om operatörerna själfva tillhört den födande delen af mänskligheten.

Att kejsarsnitt och symfysiotomi äro sjukhusoperationer är allmänt erkändt. Beträffande pubiotomien anser *Bumm;* att den mycket väl kan utföras i hemmen åtminstone å omföderskor. Att döma af hittills föreliggande meddelanden gör man säkerligen klokt i att om möjligt hafva en anstalts hjälpmedel till hands vid operationens utförande.

Bäckensnittets och kejsarsnittets resultat äro ej heller ännu sådana, att man med *Krönig* har rätt att utdöma *partus arte prœmaturus*. Ger dock den sistnämnda behandlingsmetoden enligt *Sarwey's* stora statistik för mödrarna endast 1,4 % mortalitet (däraf infektionsmortalitet 0,59 %), men 80,2 % lefvande barn, af hvilka efter 1 år 81,2 % äro i lifvet.

En af symfysiotomiens fördelar är enligt *Zweifel* och *Pinard* den, att läkningen i symfysen ofta försiggår endast genom bindväf, som under en följande graviditet kan uppluckras, och att till följd däraf spontanförlossningar ofta följa på symfysiotomi. *Baisch* har verkställt en närmare granskning af i litteraturen meddelade sådana efterföljande fall af spontanförlossningar och funnit, att endast 24 % af sådana gällt mogna foster, och att då antingen dessa varit små, eller också pseudarthros i symfysen förefunnits, hvilket senare för bäckenets statik naturligtvis icke är något eftersträfvansvärdt.

Efter pubiotomi har i de flesta fall fast benläkning kommit till stånd, och därför torde icke någon bestående förstoring af bäckenet kunna uppkomma och ej heller någon uppluckring under följande graviditet. *Döderlein* har sökt att genom att lägga bort all slags bandage om bäckenet efter pubiotomi få till stånd en diastas med bred callus, men i 3 sådana fall måste pubiotomi vid följande förlossning upprepas. Af de jämförelsevis få fall upprepade förlossningar efter pubiotomi, som ännu publicerats, — *Baisch* nämner 7 fall och *Preller* 1 — voro 4 spontanförlossningar, men med foster mindre än vid pubiotomiförlossningen, samt 4 med lika stora eller större foster, där pubiotomien måste utföras ånyo.

Till fallen af upprepad pubiotomi kan jag här foga ett från Stockholm, där det följande fostret var rätt betydligt mindre, men där en efter 1:sta pubiotomien uppstånden betydlig callus sannolikt bidrog att hindra spontan förlossning. Sagda callus hade nämligen likaväl som promontorium vållat tryckmärken å fosterhufvudet.

I. R. 34 år, arbetarehustru, VI p. I barndomen haft engelska sjukan. Före 1901 en abort i III mån.

I:sta förlossn. 28 juli 1901 A. B. B. H. 41 timmars förl. arbete. Feber. Hög tång. Barnet afled under förlossn. Fostrets vikt 3,150 gr. Hufvudets omkrets 36 cm. Diam. interbregm. 9 cm. Bäckenmått: Sp. il. 30,5; Cr. il. 30,5; C. ext 18, C. diag. 10 cm.

II förlossn. 6 aug. 1902 A. B. B. H. 15 timmars förl.-arb. Vändning på fot + extraktion. Barnet afled under förlossn. Fostrets vikt 3,610 gr. Hufvudets omkr. 35 cm. Diam. interbregm. 9,5 cm.

III förlossn. 9 mars 1904 A. B. B. H. 8 timmars förlossn.-arb. Vändning på fot + extraktion. Barnet afled under förlossn. Fostrets vikt 3,800 gr. Hufvudets omkrets 36,5 cm. Diam. interbregm. 9 cm. Conjugat. vera uppmättes till 8 cm.

IV förlossn. 3 juli 1905 A. B. B. H. Värkar under 5 dygn ehuru med uppehåll. *Pubiotomi* enl. Gigli å höger sida + *hög tång*. (Utförd af Dr C. D. Josephson, som samma dag öfvertagit kliniken). Barnet lefvande, men afled följande dygn. Ur obduktionsberättelsen: Ungef. 2 cm. bakom och i höjd med vänstra örat ett c:a 1/2 cm. långt sår genom hufvudsvålen intill benet, omgifvet af en rodnad ring. Omkring tuber parietale sin. under galean mindre blödningar. Hufvudskålsbenen hopklämda, så att os parietale sin. i en utsträckning af 1/2 cm. täcker närliggande ben. Starkt meningealt ödem öfver hela konvexa ytan af stora hjärnan. Hjärnan hyperämisk. F. ö. intet anmärkningsvärdt. Ingen blödning. Lungor luftförande, utan anm. Likaså luftvägar, hjärta och öfriga organ. Fostrets vikt 3,100 gr. Hufvudets omkrets 36 cm. Diam. interbregm. 9 cm.

Pat. utskrefs frisk 25 juli 05, 22 dygn efter op. (Hon hade under graviditeten inställt sig 22 maj och 15 juni för framkallande af partus arte præmat., men båda gångerna hemsändts, emedan hufvudet ansågs kunna nedpressas i bäckenet).

V förlossn. Sista regler. slutet af okt. 05. Första fosterrörelser slutet af mars 06. Inställde sig 3 juli 06 å A. B. B. H. för undersökning. Uterus 3 tvärfingrar nedanför proc. xiphoid. Conj. vera mättes då till 8,25 á 8,50 cm. »Vid rörelser på högra benet, isynnerhet vid rotations- och abduktionsrörelser i höftleden, kännes, att benet ej är fulltstadigt hopläkt, utan något rörligt.» Bougier inlades under ett par dygn. Då inga värkar inställde sig, och då vid undersökning i narkos i *Walcher's* hängläge det visade sig, att hufvudet ej kunde nedpressas i bäckenet, hemsändes pat. med tillsägelse att infinna sig å Serafimerlasarettets gyn. afd., så snart värkar kommo, i och för undergående af ny pubiotomi.

Pat. inkom dit 21 juli kl. 4 f. m. Vattnet hade gått 17 juli, men värkar först inställt sig 20 juli på e. m., till en början svaga, men sedan 12-tiden på natten hela tiden kraftiga. Då jag såg pat. kl. 6 f. m., befanns vid yttre undersökning hufvudet rörligt och blott obetydligt nedtryckbart i bäckeningången. Ryggresistens åt vänster och smådelar åt höger. Fosterljud kraftiga, men med aftagande frekvens. Cervix utplånad. Modermunnen öppen för fyra fingrar. Hufvudet rörligt med lilla fontanellen till vänster bakåt. Sutur. sagittalis i vänster snedvidd. Fostervatten mekoniumfärgadt. Från vagina kännes öfver corpus ossis pubis dex. en bit från meddellinien en längsgående, upphöjd, i bäckenet tydligt inskjutande ås. Motsvarande denna ås märkes på framsidan en väl blyertspennvid fåra i benet och i huden däröfver ett c:a 8 cm långt lineärt ärr, i hvars öfre ända ett tumändstort bukbråck förefinnes. Någon abnorm rörlighet mellan bäckenhalfvorna på detta ställe kunde jag ej med säkerhet konstatera.

Det var tydligt, att skulle här fostret kunna räddas, vore ett raskt afslutande af förlossningen af nöden. För vändning och extraktion var sannolikt tiden försuten — och anamnesen uppmuntrade ej till försök. Nästan detsamma var förhållandet med kejsarsnitt. Pat. var visserligen feberfri och hade ej undersökts före inkomsten, men vattnet hade gått för 5 dygn sedan. Hög tång skulle möjligen kunnat lyckas, — anamnesen upplyste, att med densamma hade en gång förut ett fullgånget foster dragits igenom bäckenet — men med dödande läsioner. Om någonsin vore här *pubiotomi* ånyo indicerad. För att ej framkalla ytterligare callusbildning å högra

os pubis och för att så mycket säkrare undgå läsion af blåsan, som möjligen kunde vara adherent till förra pubiotomistället, beslöts att utföra operationen å vänster sida.

Kl. 7 f. m. 21 juli *pubiotomi + hög tång* (Bovin). Op. utfördes enl. *Döderlein*, men med den modifikationen, att för att så mycket säkrare undgå bukbråck den tvärgående incisionen lades något nedom öfre kanten af corpus ossis pubis, hvarefter med raspatorium m. recti fäste tillsammans med periostet aflossades från benet, samt att enl. *Tandler* periostet på baksidan af os pubis äfven aflossades. *Döderlein's* skaftnål fördes mellan benet och periostet utefter ett infördt finger samt stacks ut intill ramus descendens lateralt om labium majus. Gigli's såg påhakades, och nålen drogs tillbaks. Därvid märktes, att nålen, på hvilken kroken var vänd åt orätt håll, lätt hakade upp sig. Som det blödde starkt ur sticköppningen i labium, vidgades denna med ett saxklipp i tanke att stilla blödningen före genomsågningen. Hvarken med peanger eller omstickningar lyckades detta, utan blef den i stället värre. Den var tydligen venös, och det blödde som ur en svamp. I tanke att blödningen skulle minska, om förlossningen blef afslutad och stasen häfd, komprimerades labium starkt, hvarefter benet genomsågades, hög tång anlades i tvärvidd, och fostret med största lätthet extraherades med en traktion. Fostret, som var rätt asfyktiskt, upplifvades efter en stund. Blödningen gick nu att stilla med catgutomstickningar och djupt fattande silkwormgutsuturer. Den öfre öppningen hopdrogs med hudperiostsuturer af silkwormgut. I båda öppningarna inladesen liten xeroformgasremsa, som uttogs följande dag. Häftplåsterremsa kring bäckenet.

Fostret vägde endast 2,750 gm., längd 47 cm. Hufvudets omfång 32 cm. Diam. interbregmat 9 cm. Stark interkalation af parietalbenen. Öfver högra frontalbenet strax till höger om medellinien syntes ett c:a 2 cm. långt tryckmärke. Ett dylikt fanns också öfver vänstra temporalbenet strax framom tuber parietale, och å detta rodnande parti märktes 2:ne linsfröstora trycknekrosor.

Pat:s läkning skedde utan någon rubbning. På 6:te dygnets afton temp. 38,5°. Eljes afebril temp. Intet hämatom. Pat. satt i sängen efter 14 dar och gick uppe på 18:de dygnet. Utskrefs 21 dygn efter op. Gången då fullt normal. Barnet vägde vid utskr. 3,750 gm enl. jour. (?).

Vid utskrifningen kändes på framsidan af os pubis sin. en smal fåra. Från vagina åter kändes benet fullt slätt. Å höger sida callus som förut.

Återsåg pat. 31 jan. 07. Pat., som första tiden efter hemkomsten haft svårighet att hålla urinen, var nu fullt frisk. Callus å baksidan af högra os pubis stod kvar — $1^1/_2$ år efter operationen — ehuru möjligen något minskad. Å vänster sida förefanns nu — $^1/_2$ år efter operationen — en tydlig callusås, ehuru vida mindre än å höger sida, ett förhållande som visar att *Hocheisen* ej har rätt, då han påstår, att callusås ej uppstår, om man utför pubiotomien subperiostalt. Någon rörlighet i någotdera pubiotomistället kunde ej påvisas, hvilket äfven d:r Patrik Haglund hade godheten konstatera. Vulva klaffande, men ingen descensus.

Af stort intresse är studiet af den synnerligen vackra röntgenfotografi d:r Haglund vid samma tillfälle förskaffade mig. (Se

fig). Å höger sida synes ännu tydligt — ehuru som sagdt $1^1/_2$ år efter operationen — något lateralt om midten af corpus ossis pubis en lucka i benet, ehuru tydligen utfylld af benväfnad samt med otydliga konturer; upptill och nedtill betydlig callus. I corpus ossis pubis sin. märkes en lucka helt nära symfysen och lika ljus som denna, men något bredare än densamma samt med synnerligen skarpa konturer

Det förhållandet, att ännu $^1/_2$ år efter operationen ostoetomistället å röntgogram visar sig fullt skarpkontureradt och ljust, erbjuder intet öfverraskande, då man vet, att efter frakturer den interfragmentära calus under många månader genom-



Höger   Vänster

Röntgenbild af bäckenets främre del, sedd framifrån.

släpper röntgenstrålarna och icke ger någon skugga i röntgenbilden (*Bardenheuer*). Då man började utföra pubiotomier, gaf det emellertid upphof till det antagandet, att sådana läkas endast genom bindväf. och icke genom ben.

Endast *Reifferscheid* synes fortfarande anse bindväfsläkning som det normala och hoppas därför på efterföljande spontanförlossningar genom graviditetsuppluckringen.

Vårt fall är därför lärorikt — utom det att det prydligt illustrerar pubiotomiens effektivitet — emedan det visar, att en förlossning, som följer $1-1^1/_2$ år efter utförd pubiotomi, kan hindras af en efter densamma kvarstående callus.

Till slut torde ej böra förbigås att man i några enstaka fall i samband med symfysiotomi och pubiotomi genom *osteoplastik* sökt åstadkomma en bestående utvidgning af bäckenet. *Frank* har 1895 meddelat 3 fall, där han genom en frontal osteotomi af båda ossa pubis skaffat sig en främre, c:a 3 cm. bred benlambå, hvilken han sänkt in och lyckats få inläkt i symfysiotomiluckan. På så sätt skulle en ökning af conj. vera på 1—2 cm. ha åstadkommits. Några meddelanden om efterföljande förlossningar hos dessa patienter finnas emellertid, så vidt mig bekant, icke. Ej heller synes operationen ha lockat efterföljare. *Varnier* har mot operationen gjort den hufvudanmärkningen, att utvidgningen ej är tillräcklig, alldenstund det vid symfysiotomi är de sista 3, 4, 5 till 6 cm. i diastasen, som gifva största tillökningen i utrymmet. Vid högre grader af förträngning är därför operationen ej tillfyllest, vid lägre grader reder man sig med enkel symfysiotomi.

Samma invändningar ha af *Klien* riktats mot en af *Credé* 1906 utförd osteoplastik i samband med pubiotomi. Credé utsågade en 2 cm. bred benbit ur den laterala delen af corpus ossis pubis och ramus horizontalis, dislocerade denna ned i pubiotomidiastasen och lyckades få den inläkt. Han uppskattar tillökningen i vera till 1 à 1,5 cm. (före operationen 7,5 cm.)

Mot utförandet af dylik pelvioplastik under »fritid», då ej graviditet föreligger, talar, att då saknas uppluckringen af ileo-sacrallederna och ligamenten i bäckenet, hvilket har till följd dessa delars större läderbarhet vid den med mer svårighet åstadkomna diastaseringen af bäckenhalfvorna. Någon sådan operation är, så vidt jag känner, aldrig utförd å människa.

Använd litteratur.

v. Winckel s: Handbuch d. Geburtshülfe Bd III. 1 Teil.

Bouchacourt: Pubiotomie. Dict. encyclop. d. Scienc. medic. Paris 1889. Tome 27. s. 796.

Varnier: Historique de la pelvitomie, Annal. de Gynécol. 1893 Bd 39. s. 89 o. 206.

—»—, Symphyséotomie Ibid. s. 241.

Busch: Ein Fall von Galbiatis Pelvitomie, Neue Ztschr. f. Geburtskunde, 1834. Bd 1.

Pinard: Bulletin de l'Académie de Med. 1893. Tome 29. s. 27.

Gigli: Lateralschnitt durch das Os pubis, Zbl. f. Gyn. 1902. s. 1298. Ibidem 1904. s. 281 o. 1397.

van der Velde: Die Hebotomie. Zbl. f. Gyn. 1902. s. 969.

Döderlein: Arch. f. Gyn. 1904. Bd 72 o. Zbl. f. Gyn. 1906.

Bumm: Zbl. f. Gyn. 1906 o. *Hocheisen:* Arch. f. Gyn. 1906. Bd 80 samt *Stoeckel:* Zbl. f Gyn. 1906.

Tandler: Zbl. f. Gyn. 1905 o. 1906.

Kannegiesser: Arch. f. Gyn. 1906. Bd 78.

Reifferscheid: Zbl. f. Gyn. 1905 o. 1906. *Henkel:* Ztsch. f. Geb. u. Gyn. 1906. Bd 57.
Baisch: Hegar's Beiträge. 1907. Bd 11.
Preller: Zbl. f. Gyn. 1907.
Bardenheuer: Die Allgem. Lehre von den Frakturen etc. Stuttgart 1907. s. 228.
Marchand: Der Process der Wundheilung. Stuttgart 1901. s. 268.
Frank: Zbl. f. Gyn. 1896. s. 384 och Comptes-rendus du XII Congrès internat. de méd. Moscou. Vol. VI. s. 47.
Credé: Zbl. f. Gyn. 1906.
Klien: Ibid.
Talrika andra artiklar öfver pubiotomi i Zbl. f. Gyn. 1903—1906 samt utförliga referat i *Frommel's* Jahresbericht för år 1905 af *Neugebauer.*

En extra provinsialläkarutnämning inför Kungl. Maj:t.

Sedan förre innehafvaren af den med statsbidrag understödde extra provinsialläkaretjänsten i Södra Unnaryds distrikt, efter vunnen befordran till ordinarie provinsialläkare, begärt entledigande med utgången af november månad 1905, blef på läkaredistriktsstyrelsens anhållan tjänsten af medicinalstyrelsen ledigförklarad för tiden till 1906 års slut; vid ansökningstidens utgång den 23 följande december hade aderton sökande anmält sig med en tjänstetid växlande mellan 12 år 9 månader 28 dagar och 0 dag. I andra rummet med hänsyn till tjänsteålder kom e. prov:l. O. E. Sundell i Hvetlanda med 10 år 5 mån. 2 dagar, i fjärde rummet e. prov:l. G. V. Heyman i Östervåla med 10 år 6 dagar (båda med en betygssumma af 19 $^1/_2$) samt i tolfte rummet stadsl. C. Lundgren i Lindesberg med 3 år 8 mån. 15 d. och betygssumma 28 $^1/_2$. Sedan ansökningshandlingarna remitterats till distriktsstyrelsen, afgaf denna den 23 januari 1906 följande yttrande:

»Styrelsen har fäst sin uppmärksamhet vid de utmärkta vitsord Stadsläkaren Carl Lundgren företett om vetenskapliga insikter och skicklighet och skulle med anledning häraf velat åt honom lämna sitt förord; men då Lundgren med afseende å tjänsteår är betydligt underlägsen ett flertal sökande och på grund häraf icke torde komma i åtanke vid tjänstens besättande, får styrelsen till tjänstens erhållande förorda Extra provinsialläkaren Olof Emanuel Sundell, hvilken med hänsyn till vetenskaplig skicklighet, föregående tjänstgöring samt hvad styrelsen i öfrigt om honom har sig bekant synes för tjänsten synnerligen lämplig.»

Fem namnunderskrifter.

Den 31 januari blef ock e. prov:l. Sundell af medicinalstyrelsen utsedd till e. prov:l. i distriktet, hvilken befattning han emellertid på förekommen anledning afsade sig, innan han tillträdt densamma.

Efter tjänstens förnyade ledigförklarande hade vid ansökningstidens utgång den 21 april 1906 anmält sig sex sökande; i första rummet med afseende på tjänsteålder stod e. prov:l. G. V. Heyman med 10 år 4 m. 4 d. — den i andra rummet hade på dagen lika tjänstetid — och i femte rummet stadsl. C. Lundgren med 4 år 13 d.

I distriktsstyrelsens yttrande af den 4 maj säges: »Styrelsen har nu såsom förut fäst sin uppmärksamhet vid de utmärkta vitsord stadsläkaren C. Lundgren företett om vetenskapliga insikter och skicklighet, och ehuru L. med afseende å tjänsteår är underlägsen en del af

sökandena, vill styrelsen likväl till tjänstens erhållande förorda stadsl. C. Lundgren, hvilken dels med hänsyn till vetenskaplig skicklighet och föregående tjänstgöring dels samt i synnerhet därför att han är född och känd inom orten och således väl bekant med ortsförhållandena äfvensom på grund af hvad styrelsen om honom har sig bekant synes vara den för tjänsten mest lämplige.» Fyra namnunderskrifter (en medlem hade aflidit).

Den 9 maj blef stadsl. Lundgren af medicinalstyrelsen utnämnd till e. prov:l.; i protokollet anföres: Sedan läkaredistriktsstyrelsen på anförda grunder förordat sökanden Lundgren till tjänstens erhållande, fann Kungl. Styrelsen skäligt att till e. prov:l. i S. Unnaryds distrikt antaga bemälde, af distriktsstyrelsen förordade stadsl. Lundgren.

Öfver detta medicinalstyrelsens beslut ingaf e. prov:l. G. V. Heyman till civildep:t den 8 juni (före kl. 12) underdåniga besvär.

Besvärsskriften innehöll i hufvudsak följande (kursivering utmärker ordagrant referat). Medicinalstyrelsens beslut att bland de sex sökandena gifva företrädet åt lic. L., oaktadt han med afseende på tjänsteålder intoge näst sista rummet och detta med allenast 4 år 13 d., under det klaganden, som stode i första rummet, räknade en tjänstetid af ej mindre än 10 år 4 m. 4 d., kunde icke helt enkelt bero därpå, att medicinalstyrelsen ansett läkarestyrelsens förord i och för sig vara tillräckligt skäl att vid utnämningen förbigå fyra bättre meriterade sökande, enär enligt § 41 mom. 2 af läkareinstruktionen afseende skall fästas ej blott vid detta förord utan ock, oberoende af förordet, vid sökandenas skicklighet och förtjänst; det måste därföre antagas, att medicinalstyrelsen funnit läkarestyrelsens förord väl grundadt, och medicinalstyrelsens utnämning borde sålunda stå eller falla med de för detta förord anförda grunder. Distriktsstyrelsens förord grundade sig på lic. Lundgrens utmärkta vitsord om vetenskapliga insikter och skicklighet samt hans föregående tjänstgöring, hvilka tvenne grunder icke syntes hafva vid jämförelse mellan den förordade och öfriga sökande vägt tungt nog, enär styrelsen funnit sig böra ***såsom hufvudsaklig grund*** (*märk ordet* »*i synnerhet*») ***anföra den omständigheten, att han är född och känd inom orten***, hvilket påpekande vore egnadt att framkalla den föreställningen, att ***släktskaps- eller vänskapsförhållanden, s. k. relationer, påverkat distriktsstyrelsens beslut.*** Beträffande de första grunderna för distriktsstyrelsens förord framhålles, att Lundgrens öfverlägsenhet i fråga om betyg icke är så stor som af betygssummorna framgår, enär dessa äro till klagandens nackdel missvisande, alldenstund vid tiden för klagandens examina icke särskilda betyg afgåfvos i histologi och oftalmiatrik; genom dessa ämnen ökas Lundgrens betygssumma med två enheter i hvardera examen. Därjämte framhålles, att i den för den praktiske läkaren viktigare licentiatexamen Lundgrens öfverlägsenhet inskränker sig till en half betygsenhet i tre olika ämnen och sålunda är *långt ifrån öfverväldigande. Gent emot hans tvenne små tidskriftsuppsatser, den ena å 10, den andra å 2 trycksidor, har jag icke att åberopa någon utgifven skrift. Min trägna och omfattande praktik har ej lämnat mig någon tid öfrig till författarskap.* Att L. genomgått förste provinsialläkarekurser torde knappast komma i betraktande vid besättande af en e. prov:läkaretjänst. *Däremot saknar naturligtvis, i synnerhet i betraktande af hans jämförelsevis ringa erfarenhet såsom praktisk läkare, de af honom vid Hålahult under 2 månader idkade studier rörande lungtuberkulosen icke sin betydelse.* Oförklarligt syntes, huru distriktsstyrelsen kunnat såsom grund till förordet åberopa L:s föregående tjänstgöring, alldenstund L., hvilkens praktiska tjänstgöring såsom legitimerad läkare inskränkte

sig till ett 3 månaders badläkareförordnande, ett förordnande under nära 8 mån. såsom underläkare vid Stockholms epidemisjukhus samt den sedan 1 september 1903 innehafda stadsläkaretjänsten i Lindesberg, icke hade en enda dag tjänstgjort inom provinsialläkarebanan, under det klaganden, hvilkens hela läkareverksamhet fallit inom detta fack, haft å skilda orter förordnanden som t. f. prov:läkare, e. och bitr. prov:läkare, däraf ensamt i sin senaste befattning längre tid än L:s hela sammanlagda tjänstetid. Beträffande det sätt, hvarpå klaganden bestridt sin tjänstgöring, åberopas utlåtanden af ledamöter i läkarestyrelse och sjukstugekommitté samt kommunalnämndernas ordförande, i hvilka utlåtanden vitsordas *det allmänna förtroende jag såsom läkare förvärfvat såväl hos distriktets befolkning som utom dess gränser, min verksamhet för epidemisjukvårdens ordnande m. m., min samvetsgrannhet och mitt tillmötesgående mot allmänheten. En så långvarig och så väl vitsordad tjänstgöring i en befattning af samma slag som den sökta borde hafva vunnit beaktande. Så långt som lic. Lundgren i fråga om tjänstgöring står tillbaka för mig, kan det icke vara rimligt att tillmäta hans i sig föga betydande betygsöfverlägsenhet större eller ens lika stor betydelse, i synnerhet som ju äfven mina examina äro mycket goda, i det jag erhållit öfverbetyg i nästan alla ämnen. Att frågan om vår relativa »skicklighet» icke kan afgöras blott eller ens företrädesvis genom en jämförelse mellan våra examensbetyg, är för öfrigt obestridligt. Dylika betyg lämna ingen upplysning om den ökade skicklighet, som hos den mångårige utöfvaren af en praktisk verksamhet framgår såsom resultat af hans erfarenhet, en erfarenhet, som hvad mig beträffar, det kan jag efter 15 års trägen praktik utan öfverdrift påstå, varit synnerligen rik och mångsidig. — Då det alltså icke kan anses ådagalagdt, att lic. Lundgren trots sina pappersmeriter är mig öfverlägsen i skicklighet såsom läkare, då han i fråga om tjänstgöring är mig i hvarje afseende i hög grad underlägsen och då jag äfven i fråga om lämplighet i öfrigt för den sökta tjänsten måste anses hafva företräde framför honom, får jag i underdånighet hemställa, att Eders Kungl. Maj:t måtte med upphäfvande af Kungl. Medicinalstyrelsens beslut ålägga Kungl. Styrelsen att för mig utfärda förordnande att vara extra provinsialläkare i Södra Unnaryds distrikt. Jag anser mig icke böra låta vara onämndt, att, enligt hvad jag från tillförlitligt håll inhämtat, läkaredistriktsstyrelsen ingalunda varit oförberedd på möjligheten att dess förord skulle lämnas utan afseende och undertecknad erhålla tjänsten, och att jag, om så sker, ingalunda kommer att af distriktsstyrelsen eller ortsbefolkningen betraktas såsom den påtrugad.*

Den 12 juni anbefallde Kungl. Maj:t medicinalstyrelsen att efter vederbörandes hörande afgifva underdånigt utlåtande öfver besvären och därmed samt med handlingarna i målet till Kungl. Maj:t inkomma. Genom myndigheterna öfversändes handlingarna af medicinalstyrelsen till stadsläkaren Lundgren, som den 29 juni afgaf underdånigt yttrande. Däri redogöres först för bestämmelserna angående tillsättning af extra provinsialläkaretjänst, hvartill bidrag af statsmedel utgår, och påpekas, att medicinalstyrelsen skall bland de sökande utnämna den, som på grund af distriktsstyrelsens förord äfvensom skicklighet och förtjänst anses böra komma i åtanke. Ehuru instruktionen sålunda i främsta rummet satte förordet, kunde dock medicinalstyrelsen icke däraf anses i hvarje fall bunden, enär tillbörlig vikt lagts äfven på de sökandes skicklighet och förtjänst, ett uttryck, hvars betydelse icke vore så lätt att bestämdt angifva, men hvilket ingalunda kunde anses liktydigt med tjänsteålder, enär denna å annat ställe i instruktionen uttryckligen lägges till grund för upprättande af förslag till provin-

sialläkaretjänst. *Just genom att beträffande de med statsbidrag understödda extra provinsialläkaretjänsterna lämna Kungl. Medicinalstyrelsen rätt att vid tillsättningen taga hänsyn till de sökandes skicklighet och förtjänst har, synes det mig, Eders Kungl. Maj:t beredt möjlighet att åt provinsialläkarebanan förvärfva yngre krafter, som oafsedt tjänsteåldern kunna vara för densamma lämpliga.* I fråga om den skicklighet och förtjänst, som vid tillsättning af extra provinsialläkarebefattning af ifrågavarande art torde böra framför klaganden tillerkännas den utnämnde, hänvisar L. till sina högre examensbetyg samt sin särskilda utbildning för läkarekallet genom förordnande som amanuens vid Karolinska Institutets afdelning för rätts- och statsmedicin och som underläkare vid Stockholms epidemisjukhus, genom studiekurs för behörighet till förste provinsialläkarebefattning och genom vid Hålahults Sanatorium idkade studier. *Jag kan icke underlåta att i underdånighet framhålla, hvarthän det skulle leda, om vid befordran till äfven extra provinsialläkaretjänster af denna art hänsyn skulle tagas uteslutande till tjänsteåldern: det skulle då ligga i de blifvande tjänsteläkarnes intresse att så fort som möjligt aflägga examina och därefter genast genom förordnande som vikarierande tjänsteläkare söka skaffa de nödvändiga tjänsteåren, under det att den onekligen goda och fasta grund, som för en framgångsrik praktisk läkareverksamhet lägges genom noggranna studier och genom utbildning å lämpliga sjukhus och vetenskapliga anstalter skulle få stå tillbaka, helt visst till skada för hela tjänsteläkarekårens allmänna duglighet.* Därefter framhåller L., att hans tjänstetid afsevärdt ökas, om hänsyn tages till före licentiatexamens afläggande innehafda amanuens- och andra förordnanden, hvilka skulle varit förenade med tjänsteberäkning, därest de infallit efter examen, samt att hans vid ansökningen innehafda stadsläkaretjänst med afseende på de praktiska göromålen kunde anses likvärdig med en extra provinsialläkaretjänst. Klagandens misstanke, att distriktsstyrelsens förord afgifvits på grund af släkt- eller vänskapsförhållanden bemötes; Lundgren vore visserligen bördig från samma trakt af landet, men hade icke före sin utnämning varit inom distriktet och hade där inga släktingar eller personliga vänner. Då medicinalstyrelsens beslut att till e. prov:l. förordna L. syntes stå i fullkomlig öfverensstämmelse med föreskrifterna i läkareinstruktionen och sålunda hvila på fullt laglig grund, hemställes i underdånighet om besvärens ogillande.

I medicinalstyrelsens utlåtande, dagtecknadt den 13 augusti, framhålles, efter anförande af det viktigaste i besvärsskriften samt hänvisning till stadsl. L:s yttrande, att läkareinstruktionens bestämmelser angående tillsättning af extra provinsialläkare i distrikt med statsbidrag böra så tolkas, att distriktsstyrelsens förord torde få anses gälla, därest icke annan sökande än den, som erhållit förordet, är denne så öfverlägsen i skicklighet och förtjänst, att han, oaktadt han ej fått förord, bör hafva företräde till tjänsten. Vidare redogöres för hurusom tjänsten två gånger under nuvarande vakans varit till ansökning kungjord och hurusom distriktsstyrelsen redan vid första ledigheten uttalat sin önskan att till läkare erhålla stadsl. L., men då på grund af dennes korta tjänstetid förordat en äldre sökande, som ock blifvit utnämnd, men afsagt sig tjänsten. Då vid dennas förnyade ansökning distriktsstyrelsen enhälligt förordat L., hade medicinalstyrelsen icke kunnat undgå att därvid fästa synnerligen stor vikt, detta desto hellre, som L. visat sig äga en mer än vanligt god utbildning för provinsialläkarebanan, hvarvid det förhållande, att han icke förut haft förordnande inom detta fack, icke borde tillmätas stor betydelse, synnerligast som L:s verksamhet som stadsläkare i den lilla staden Lindesberg med omnejd väl vore jämförlig med en extra provinsial-

läkares. Gent emot L:s bättre examensbetyg och särskilda utbildning hade klaganden blott företräde af längre tids utan tvifvel väl vitsordad tjänstgöring på provinsialläkarebanan. Medicinalstyrelsen *kan därför icke finna sökanden Lundgren, oaktadt kortare tjänstetid än sökanden Heyman, vara med afseende å skicklighet och förtjänst denne så underlägsen, att denna omständighet kunnat uppväga läkaredistriktsstyrelsens förord* och hemställer om besvärens ogillande.

Den 18 augusti afgaf läkaredistriktsstyrelsen, som enskildt förskaffat sig del af besvären, till Konungen ställd, underdånig skrifvelse, hvilken uppgifves vara tillkommen på grund af den i besvärsskriften uttalade misstanke, att s. k. relationer påverkat distriktsstyrelsen vid förordets afgifvande samt på grund af sista punkten i besvärsskriften (se ofvan!). Beskyllningen, att förordet skulle dikterats af obehöriga hänsyn, tillbakavisas därmed, att den förordade icke inom styrelsen eller, den veterligt, inom distriktet hade några släkt- eller vänskapsförbindelser. *Då styrelsen gifvit sitt förord såsom representant för landstinget och läkaredistriktet, hvilka tillsammans erlägga hälften af läkarens aflöning samt 600 kronor till arfvode åt läkaren för sjukstugans skötsel, har styrelsen med hänsyn härtill och till stadgandet i 41 § af Kungl. instruktionen den 31 okt. 1890 naturligen haft god tillförsikt till att dess sålunda uttalade uppfattning hos Kungl. Medicinalstyrelsen skulle vinna beaktande, och skulle, om motsatsen inträffat, helt visst däraf känt sig smärtsamt berörd. Att såsom klagandens här ofvan anförda yttrande vill gifva vid handen, styrelsen från början haft annan åsikt eller numera härutinnan ändrat mening, är icke öfverensstämmande med verkliga förhållandet.* Fyra namnunderskrifter.

Den 7 september 1906 blefvo besvären ogillade af Kungl. Maj:t, som icke fann skäl att i medicinalstyrelsens öfverklagade beslut göra ändring. Detta utslag delgafs läkaredistriktsstyrelsen på officiell väg i början af oktober, hvarföre läkaren med november månads ingång kunde tillträda tjänsten, hvilken under elfva månader skötts på förordnande.

Insändt.

Härmed har jag äran anhålla att genom Läkartidningen få meddela, att jag ej är författaren till den i tidningens N:o 18 införda artikel, undertecknad C. M.

Umeå den 25 maj 1907.

Med största högaktning
Carl Malmquist,
Regementsläkare.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1] betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2] att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes; [3] att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Förste prov.-läk.-tj:n i Blekinge län och den därmed förenade prov.-läk.-tj:n i Karlskrona distr.[1])	3 juni.
Extra prov.-läk.-tj:n i Gräsö distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	3 juni.

En marinläk.-tj. af 2:a gr. (ansökan, ställd till Konungen, inl. hos marinöfverläkaren) 3 juni.
En underläk.-tj. v. Uppsala asyl[3]) 5 juni.
Extra prov.-läk.-tj i Ramsele distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod) 10 juni.
Prov.-läk.-tj:n i Jämshögs distr.[1]) 12 juni.
Prov.-läk.-tj:n i Heby distr.[1]) 12 juni.
Extra prov.-läk.-tj:n i Österåkers distr. (distr. omfattar Österåkers och Ösebygarns socknar af Stockholms län med läkarstation och apotek i Åkersberg; ansökan till läkardistr.-styrelsens ordf. W. Lundin, Karby, Brottby) 14 juni.
Prov.-läk.-tj:n i Eskilstuna distr.[1]) 15 juni.
Stadsläk.-tj:n i Trosa (ansökan, ställd till stadsfullmäktige, inlämnas hos magistraten) 15 juni.
Sex underläk.-tj:r v. allm. garnisonssjukhuset[2]) 15 juni.
En bat.-läk.-tj. v. Dalreg:tet[1]) 20 juni.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Jönköping (löneförmåner: 1,800 kr. jämte fri bostad, och kost eller 600 kr. i kostpenningar) 21 juni.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Mellerud[1]) (årlig pensionsafgift 500 kr.) 10 juni.
Nya apoteket i Billingsfors[1]) (årlig pensionsafgift 350 kr.) 10 juni.
Apoteket i Uddeholm[1]) (årlig pensionsafgift 700 kr.) 10 juni.

Af Med.-styr.:n utnämnda och förordnade:

Till civila läkarstipendiater: lic:rna *Hj. Petersén, Hj. Areschoug, P. G. Olsson.*

Af vederbörande myndigheter antagna:

Till ex. prov.-läk. i Svärdsjö distr.: lic. *V. V. Söderbaum.*
Till ex. prov.-läk. i Åhus distr.: *E. J. Cavallin.*

Sökande:

Till *reg:tsläk.-tj:n v. skånska trängkåren* (i ordn. efter tj:år): reg:ts läk. Lindstrand (Kronobergs r:te), bat.-läk. Kihlblom (N:a skånska r:te), reg:tsläk. Lindskog (Västernorrlands r:te), bat.-läk. Lembke (skånska trängkåren).

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *H. Petersén* t. f. prov.-läk. i Värnamo distr. 1—30 juli (s).
Kand. *E. Wemer* t. f. ex. prov.-läk. i Avesta distr. 20 juni—20 aug. (t).
Lic. *E. Lange* t. f. ex. prov.-läk. i Östervåla distr. 16 maj—29 juni (t).
Kand. *G. Trägårdh* t. f. las.-underläk. i Härnösand 1 juni—31 aug. (t).
Fältl.-stip. *H. Erfass* t. f. ex. läk. v. Lifr:tets dragoner 17 maj—23 juli.
Kand. *G. Hallgren* t. f. stadsläk. i Trosa (v).
Lic. *P. Thulin* t. f. prov.-läk. i Engelholms distr. 25 maj—24 juni (t).
Lic. *F. Gernandt* t. f. prov.-läk. i Hemse distr. 1—30 aug. (s).
Kand. *N. A. Nilsson* t. f. ex. prov.-läk. i Klintehamns distr. 1—30 juni (t).
Kand. *N. A. Nilsson* t. f. prov.-läk. i Högsby distr. 1—30 juli (s).
Kand. *Y. Ekvall* t. f. stadsläk. i Oskarshamn 12 juni—13 aug. (t).
Lic. *G. Lindgren* t. f. las.-läk. i Oskarshamn 17 juni—31 aug. (t).
Kand. *B. S. Norberg* t. f. underläk. v. diakonissanst:n i Stockholm 20 maj—25 aug. (t).
Kand. *J. Brahme* t. f. 2:e underläk. v. med. afd:n af Malmö sjukhus 3 juni—2 juli (t).
Bitr. prov.-läk. *T. Sellgren* t. f. 1:e prov.-läk. i Göteborgs län och prov.-läk. i Göteborgs distr. 10—17 juni, 14—27 juli, 10—17 aug. (s).

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 7 juni 1907.

4:e årg. | Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER. | N:o 23.

Innehåll: Från Riksdagen: fältläkarkårens omorganisation. — KURT RINMAN: Fältläkarkårens omorganisation. — Insändt. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser. — Redaktionsmeddelande.

Fältläkarkårens omorganisation.

Frågan före i riksdagen.

Utredning anbefalld af krigsministern.

Den 8 maj framlades inom båda kamrarne, i första af lasarettsläkaren L. Grundberg och i andra af d:r Knut Kjellberg, en motion rörande fältläkarkårens omorganisation. Att motionen frambars så sent berodde på att man ville afvakta riksdagens beslut angående den af Kungl. Maj:t föreslagna sjukvårdsstyrelsen inom arméförvaltningen.

Motionen hade följande lydelse:

»Sedan Riksdagen denna dag i öfverensstämmelse med Kungl. Maj:ts proposition n:r 141 beslutat en omorganisation af arméns centrala förvaltningsmyndighet och därmed inrättandet af en sjukvårdsstyrelse inom arméförvaltningen, hvarigenom såväl högsta ledningen af hälso- och sjukvården vid landtförsvaret som chefskapet öfver de vid armén anställda läkarne ordnats på ett enhetligt sätt, så torde tiden vara inne att fästa Riksdagens uppmärksamhet på nödvändigheten af en snar och tidsenlig omorganisation af fältläkarkåren.

Med genomförandet af 1901 års härordning ha krafven på denna kår blifvit i afsevärd grad ökade och detta så, att de ingalunda kunna tillgodoses, vare sig genom ökadt antal militärläkare ej heller genom löneförbättringar inom kårens olika grader.

De bristfälligheter i hälsovården och än mer i sjukvården vid vår armé, hvilka tid efter annan diskuteras i dagspressen, måhända en och annan gång betydligt förstorade, visa hän på ett bristfälligt *system*. De förändringar, som skola leda till ett bättre tillstånd, torde således i första rummet böra riktas mot det rådande systemet, och därvid kommer frågan om fältläkarkårens omorganisation främst i betraktande.

Det nuvarande systemet innebär ett alltför stort antal militärläkarbefattningar och däremot svarande otillfredsställande aflöningar, hvarigenom läkartjänsterna vid armén i de allra flesta fall för sina innehafvare blifva bisysslor. En omorganisation af fältläkarkåren torde framför allt böra gå ut på en koncentrering af såväl åligganden och ansvar som löneförmåner på ett betydligt mindre antal tjänstinnehafvare, på samma gång man tillser å ena sidan att kårens rekrytering kan försiggå på ett tillfredsställande sätt och å andra sidan att en fältduglig och fulltalig reserv i händelse af mobilisering är att tillgå.

(I afseende på den redogörelse för kårens nuvarande organisation och de förslag till ordnandet af hälso- och sjukvården vid landtförsvaret, som innehöllos i motionen, hänvisas till d:r Rinmans föredrag sid. 403.)

Då fältläkarkåren med sin nuvarande organisation icke torde kunna anses motsvara de betydligt höjda fordringar, som genomförandet af 1901 års härordning ställa på densamma, och då ordnandet af den militära sjukhusvården onekligen står i intimt samband med och fordrar en snar omdaning af fältläkarkåren, så får jag vördsamt hemställa att Riksdagen ville i skrifvelse till Kungl. Maj:t anhålla, det täcktes Kungl. Maj:t låta verkställa utredning angående fältläkarkårens omorganisation samt för Riksdagen framlägga de förslag, hvartill utredningen kan föranleda.»

Inom hvardera kammaren hänvisades motionen till tillfälligt utskott. Båda utskotten afgåfvo hvar för sig utlåtande af följande lydelse: »I likhet med motionären finner utskottet uppenbart, att vår armés hälsovård och sjukvård äro behäftade med åtskilliga bristfälligheter, hvilkas betydelse torde komma att växa i samma mån som vår nya härordning träder i full tillämpning.

Beträffande de synpunkter, som vid en reform härutinnan böra blifva bestämmande, har motionären uttalat åtskilliga önskemål. Med hänsyn till den korta tid, som torde återstå till riksdagens afslutande, har utskottet emellertid ej haft tillfälle att åstadkomma en utredning af det material för frågans

bedömande, motionären sålunda förebragt. Ehuru utskottet således ej kunnat bilda sig ett självständigt omdöme om motionärens detaljerade organisationsförslag, anser utskottet, som i frågans nuvarande läge ej finner lämpligt att söka fastslå vissa grunder härutinnan, att en utredning af denna angelägenhet är af behofvet påkallad.

Utskottet får således hemställa, att Första (Andra) Kammaren ville för sin del besluta, att Riksdagen måtte, med bifall till motionen, i skrifvelse till Kungl. Maj:t anhålla, att Kungl. Maj:t täcktes låta verkställa utredning angående behofvet af en omorganisation af fältläkarekåren samt för Riksdagen framlägga de förslag, hvartill utredningen kan föranleda.»

Andra kammaren biföll utskottets hemställan sedan reg:tsläk. Vahlquist i ett kort anförande yrkat bifall till detsamma. Inom första kammaren rörde sig diskussionen (den 24 maj) mindre om det föreliggande ärendet än om frågan huruvida Riksdagen öfver hufvud taget borde skrifva till Kungl. Maj:t i administrativa ting. Med 56 röster mot 30 afslogs utskottets hemställan.

Har sålunda förslaget om riksdagsskrifvelse till Kungl. Maj:t angående fältläkarkårens omorganisation fallit, så har å andra sidan frågans aktualitet därigenom ingalunda minskats. Den 29 dennes har nämligen chefen för landtförsvarsdepartementet i ämbetsskrifvelse anmodat samtliga arméfördelningschefer, militärbefälhafvaren på Gotland och t. f. kommendanten i Boden att, efter vederbörande fördelningsläkares, regements- och kårchefers samt regements- och bataljonsläkares hörande, till departementet senast den 1 instundande september inkomma med utlåtande, *huruvida, i hvad mån och på hvad sätt en omorganisation af fältläkarkåren synes vara af behofvet påkallad.* Skrifvelsen åtföljes af den ofvan relaterade motionen.

Fältläkarkårens omorganisation.

Af **Kurt Rinman.**

(Föredrag i Stockholms kirurgförening den 27 april 1907, utarbetadt i anslutning dels till egna artiklar öfver detta ämne i Läkartidningen 1906 (n:r 44 sid. 699; n:r 47 sid. 749) och 1907 (n:r 11 sid. 170), dels till d:r William Wåhlins artikel i samma tidning 1907 (n:r 11 sid. 164) angående militära sjukhus, dels också till d:r Knut Kjellbergs enskildt framställda förslag, gående ut på att lägga det väsentliga af militärläkarnes arbete och löner på regementsläkarna och låta bataljonsläkarne endast kortare tider af året stå till förfogande).

För närvarande finnas vid hvarje infanteriregemente (med två undantag) tre läkare: en regementsläkare och två bataljonsläkare. Deras tjänstgöring är vid de icke garnisonerade truppförbanden bestämd (genom generalorder den 6 februari 1905, n:o 160), på det sätt, att regementsläkaren och hvardera bataljonsläkaren minst hvart tredje år göra tjänst under beväringsrekrytskolan omkring fyra månader; vidare äro alla tre skyldiga att årligen tjänstgöra vid inskrifningsförrättningarne (i februari och mars) samt vid repetitionsöfningarna i september. Bataljonsläkarne skola dessutom i tur tjänstgöra vid arméfördelningens vinterskolor, på fälttjänstöfningar m. m.

Det år läkaren tjänstgör vid beväringsrekrytskolan är för honom synnerligen betungande, ty hans enskilda praktik påverkas då ofördelaktigt för mycket längre tid än den, som åtgår för tjänstens fullgörande. Men äfven de år, då tjänstgöring endast förekommer vid inskrifningsförrättningar och under repetitionsöfningar, blir läkarens civila verksamhet så inkräktad genom resor vår och höst, att detta under hela året menligt inverkar på erhållandet af ackord hos enskilda och vid industriella företag. På fasta platser, såsom extra provinsial- och stadsläkartjänster m. fl., hvilka under gångna tider med dess kortvariga trupptjänstgöring utan svårighet läto förena sig med militärläkartjänst, antagas nu alltmera sällan vid armén anställda läkare. Än svårare bli förhållandena, då våra regementen blifva garnisonerade. Skulle då alla dessa läkare, så som i årets upplaga af tjänstgöringsreglementet för armén (del III kap. III § 3 mom. 2) antydes, inflytta till garnisonsstäderna, hvilka redan förut ha sitt läkarebehof fylldt med både stadsläkare, distriktsläkare, lasarettsläkare och deras underläkare, andra tjänsteläkare samt privatpraktiserande läkare, så blir det ju för militärläkarne i ekonomiskt afseende så godt som omöjligt att existera. Lägges därtill att här och hvar flera truppförband förläggas till samma stad, så blifva förhållandena än svårare. Några exempel torde belysa detta. Sköfde får, utom redan där bosatta civila läkare, 8 militärläkare, Örebro får 6, Linköping minst 6 eller också 6 på Malmen, Uppsala 5 militärläkare. Äfven andra städer och orter bli väl försedda: Sala med 3, Strängnäs 3, Växjö 3, Hessleholm 3, Sollefteå har 5 och får nu 6 militärläkare. Den bataljonsläkartjänst, som förut finnes vid trängkåren därstädes, står ledig trots upprepad ledigförklaring; detta visar hur det mångenstädes kommer att bli i framtiden; trängens bataljonsläkare är den ende bataljonsläkare, som tillsvidare varit skyldig bo i Sollefteå; ingen läkare vågar söka den tjänsten.

Stipendiaterna, 54 till antalet på papperet, ha i verkligheten varit omkring 18 under senare år; dessa platser bli nog icke begärligare genom den af Riksdagen nyligen beviljade höjningen af stipendiebeloppen (från 600 och 500 kronor till resp. 900 och 600).

Men det är icke blott brister i organisationen, som göra att de vid armén anställda läkarne blifva utsatta för en icke sällan berättigad kritik. I många fall beror denna på en fullständig saknad af fackutbildning, hvilket gör den unge militärläkaren osäker och famlande; det omdöme, som hans officerskamrater däraf bilda sig om hans bristande insikter i militära saker, hvilken okunnighet är påtaglig och lättförklarlig, öfverföres allt för lätt på läkarens hela verksamhet. Den militärläkarkurs, som nu gifves för relativt gamla bataljonsläkare, omfattar ämnen, som borde vara inhämtade före första anställning som militärläkare.

Däremot ingå i kompetensvillkoren för fast anställning som bataljonsläkare fordringar, som snarare motverka än befrämja den önskvärda rekryteringen af fältläkarkåren. För närvarande och sedan 1903

äro anställning som underläkare i sex månader vid garnisonssjukhuset och stipendiattjänst under minst fyra månader kompetensvillkor för bataljonsläkaretjänst* (kungl. förordningen 24 juli 1908 § 2 och 3). Detta är tydligen tillkommet för att vid ifrågavarande sjukhus erhålla tillräckligt antal underläkare och för att hindra civila läkare från att bli anställda vare sig såsom sjukhusläkare vid garnisonssjukhuset eller såsom bataljonsläkare. Allt, som afstänger det stora flertalet läkare från militärläkarbanan utan att öka kompetensen bland fältläkarkårens egna medlemmar, inverkar ofördelaktigt såväl på kårens höjande som på dess rekrytering[1]).

Några synpunkter vid en blifvande omorganisation af fältläkarkåren anhåller jag att här få antyda.

Först och främst borde alla värnpliktiga medicine studerande under värnpliktstiden utbildas med särskild hänsyn till deras möjligen blifvande användning såsom militärläkare i fält. Därigenom skulle armén beredas tillgång till en så talrik och fältduglig läkarkår, som öfverhufvud står att få. Måhända borde hvarje årsklass bland dem förläggas till ett och samma infanteriregementes beväringsrekrytskola för att utbildas till underbefäl, hvarefter de torde böra fullgöra sina tre repetitionsöfningar i en följd under en tre månaders särskild kurs för värnpliktiga läkare[2]). Redan nu kunna visserligen medicine studerande efter eget val få uppskjuta repetitionsöfningarna och göra dem i en följd (kungl. bref af den 30 juni 1905 § 75 och generalorder n:o 281 1907) men ingen kurs är för dem anordnad. Kursen för värnpliktiga läkare skulle förläggas till Stockholm och skulle få genomgås först sedan så väl den propedeutiska sjukhustjänstgöringen som en eller annan praktisk kurs vid Karolinska institutet blifvit afslutade. Då bör den värnpliktige medicine kandidaten vara så utbildad i sitt yrke, att han efter en 3 månaders kurs i militärmedicinska ämnen är fullt användbar för läkaretjänst i fält. Kursen torde böra stå under öfverinseende af IV arméfördelningschefen och chefen för fältläkarekåren och bland annat innefatta sanitetstaktiska öfningar[3]).

Vidare torde antalet aktiva läkartjänster vid armén böra reduceras till det minsta möjliga antal. Exempelvis borde vid hvarje truppförband endast finnas en (regementsläkaren). Bataljonsläkarna böra placeras direkt under den nyinrättade sjukvårdsstyrelsen för att af denna kommenderas på inskrifningsförrättningar och repetitionsöfningar.

Med endast en läkare vid hvarje truppförband, hvilken ensam skulle fullgöra hvad som nu i de flesta fall delas på tre (med undantag af inskrifningsförrättningar), så finge regementsläkaren väsentligen ökadt arbete och ansvar samt endast mycket begränsad tid öfrig till privat praktik. Hans löneförmåner torde då böra i motsvarande grad höjas, förslagsvis till öfverstelöjtnants med 500 kronors tillägg. Under repetitionsöfningarna vid infanteriet, fältartilleriet och de stora skånska kavalleriregementena, där stor styrka värnpliktiga ligga i tjänst på en gång, skulle han vara biträdd af dit kommenderade bataljonsläkare. Bataljonsläkarna skulle få åtskilligt minskade åligganden, hvadan deras löneförmåner torde böra i motsvarande grad minskas förslagsvis till 2,000 kronors lön för »äldre» och 1,500 kronors arfvode för »yngre» bataljonsläkare. Under deras till repetitionsöfningar och inskrifnings-

---

* Medicinalstyrelsen har under sistlidne april månad hos Kungl. Maj:t anhållit om upphäfvande af föreskriften om tjänstgöring vid garnisonssjukhuset såsom villkor.

[1]), [2]), [3]) o. s. v. se anmärkningar sid. 410 och 411.

förrättningar begränsade tjänstgöring borde de samtliga ha 10 kronor i dagaflöning.

En sådan anordning med en ordinarie läkare vid hvarje truppförband och med denne i ständig tjänstgöring skulle hos läkaren öka känslan af ansvar och intresse för hälso- och sjukvården; de militära sjukvårdsbiträdena skulle bli bättre utbildade, då regementsläkaren själf måste använda dem i den dagliga tjänstgöringen; sjukvårdstjänsten skulle få mera stadga.

Under regementsläkares semester, som ej borde få infalla under repetitionsöfningar eller beväringsrekrytskolan, torde tjänsten kunna uppehållas af annan läkare på garnisonsorten mot ersättning af 7 kronor per dag.

Genom att inskränka och fixera bataljonsläkarnes tjänstgöringsskyldighet till inskrifningsförrättningar, repetitionsöfningar och dylikt, d. v. s. till omkring 6 veckor eller 45 dagar om året, skulle mycket vinnas. Dessa bataljonsläkare skulle då utan olägenhet för tjänsten och till fördel för deras praktiska duglighet kunna förena sin militära tjänst med amanuens- och underläkaretjänst vid sjukhus, amanuenstjänst i hygien och bakteriologi m. m. vid våra medicinska högskolor, med stads- och extra provinsialläkaretjänst. Härigenom skulle väsentliga fördelar vinnas i afseende på rekryteringen af fältläkarekåren.

De nu befintliga nittio bataljonsläkaretjänsterna torde vara alldeles tillräckliga för tjänstgöringen på inskrifningsförrättningar och repetitionsöfningar äfvensom för extra kommenderingar; stipendiatkåren torde såsom i så fall öfverflödig böra indragas.

Att nittio bataljonsläkare äro tillräckligt många för att med omkring sex veckors tjänstgöringsskyldighet utgöra all nödig förstärkning i läkarekrafter under inskrifningsförrättningar, repetitionsöfningar och dylikt, framgår af följande: endast 75 läkare behöfvas för inskrifningsförrättningarna (en för hvarje rullföringsområde; Gottlands 8 rullföringsområden räknas då såsom ett område, hvilket i sin helhet endast kräfver en tid af 13 dagar för inskrifningsförrättningarna). Inskrifningsförrättningarna togo år 1905 i olika rullföringsområden en tid, räknadt från och med första till och med sista förrättningsdagen, af 6 till 57 dagar; endast i 16 områden räckte de mer än 15 dagar, däraf endast i 7 områden en tid öfver 20 dagar. De 15 läkare, som icke varit kommenderade på inskrifningsförrättningarna, stå alltså till förfogande 45 dagar hvardera; 6 af dessa läkare behöfvas vid fältartilleriet under deras 42 dagars repetitionsöfningar efter 1908; 2 äro erforderliga vid de 2 stora skånska kavalleriregementena under lika lång tid, 42 dagar; öfriga 7 af dessa 15 läkare, som icke gjort inskrifningar, äro i disponibilitet under 45 dagar hvardera. — Då endast 16 af 75 läkare varit upptagna mer än 15 dagar på inskrifningsförrättningar, så torde 59 af dem vara disponibla för 30 dagars repetitionsöfningar; om man då såsom nu beräknar 2 på hvarje af de 25 större infanteriregementena och 1 på hvardera af Vaxholms och Karlskrona grenadjäregementen samt tre vid Gottlands trupper, så kräfvas härtill 55 bataljonsläkare; öfriga 4 af dessa bataljonsläkare äro disponibla 30 dagar hvardera. De 16 läkare, som varit på inskrifningsförrättningar längre tid än 15 dagar, men kortare tid än 45 dagar, äro för återstående del af dessa 45 dagar äfven disponibla. Vid de truppförband, som icke ofvan omnämnts, torde regementsläkaren vara tillräcklig för sjukvården äfven under repetitionsöfningarna. Skulle för extra kommenderingar något mera läkarekrafter erfordras, kunde af de 45 yngre bataljonsläkarna de, som icke under sina första militära tjänsteår äro anställda som underläkare vid de längre fram i detta förslag omnämnda

lasarett, till hvilka militär sjukvård borde anknytas, i stället vara till förfogande äfven öfriga delar af året mot en ersättning utöfver arfvodet af tio kronor per dag.

De nu föreskrifna kompetensvillkoren för bataljonsläkare, att ha varit underläkare vid garnisonssjukhuset och stipendiat, torde böra upphäfvas, så att garnisonsstädernas nuvarande civila läkare kunna vinna inträde på militära läkarebanan under öfvergångsåren till den nya organisationen.

Afgår militärläkare, som haft fullmakt eller fast förordnande, (se nedan), ur aktiv tjänst före pensionsåldern, borde han vara skyldig att under återstående tjänstetid tillhöra reserven. Härigenom skulle en stor kår af reservläkare skapas[4]).

Utöfver dessa antydningar rörande en blifvande omorganisation af nuvarande fältläkarekåren bör äfven hågkommas önskvärdheten af sakkunnig hygienisk ledning inom de olika arméfördelningarne.

Vid hvarje fördelning torde på stat böra anställas en fältläkare, som har att öfvervaka hälso- och sjukvården inom fördelningen; för rätt att söka och erhålla sådan fältläkaretjänst borde sökanden på tillfredsställande sätt kunna styrka sin kompetens som hygieniker[5]). Betydelsen af dessa tjänster har vid flera tillfällen framhållits, och tjänsterna ingingo i regeringens förslag till ny härordning vid 1901 års riksdag, men afslogos då af Riksdagen; Riksdagens uttalande i frågan gaf dock förhoppning om, att förslaget med utsikt till framgång skulle kunna återupptagas vid tiden för härordningens fullständiga genomförande. Och med den tjänstgöringsskyldighet, som ofvan föreslagits tillkomma regementsläkarna, kunna dessa ej längre uppehålla förordnandena som fältläkare samtidigt med skötandet af egen tjänst. Fältläkarnes löneförmåner borde motsvara öfverstelöjtnants jämte ett lönetillägg à 1,000 kronor; de komma nämligen ej att kunna ha nämnvärd privat praktik. Dessa viktiga tjänster skulle vålla en utgift af 48,350 kronor, därifrån afgå 6,000 kronor, hvilket belopp redan nu utgör arfvoden åt regementsläkare för förordnanden såsom fördelningsläkare; alltså skulle anslagsökningen för 6 fältläkare utgöra 42,350 kronor.

Nu gällande stat för fältläkarekåren ter sig på följande sätt.

	Kronor	S:a Kronor
Nu utgående löner åt:		
53 regementsläkare à 3,400 kronor	180,200: —	
45 äldre bataljonsläkare » 2,400 »	108,000: —	
45 yngre bataljonsläkare » 1,020 »	45,900: —	334,100: —
Nu utgående inkvarteringsbidrag åt:		
52 regementsläkare (45 à 600 kronor i landsorten och 7 à 1,000 kronor i Stockholm och Göteborg)	34,000: —	
44 äldre bataljonsläkare (34 à 400 kronor i landsorten och 10 à 500 kronor i Stockholm och Göteborg)	18,600: —	
44 yngre bataljonsläkare (43 à 300 kronor i landsorten och 1 à 400 kronor i Stockholm,	13,300: —	65,900: —
I förslag till stat för år 1908 uppförd dagaflöning för:		
58 regementsläkare	76,775: —	
90 bataljonsläkare	87,409: 50	564,184: 50

	Transport Kronor	564,184: 50
För 1908 beviljadt anslag till stipendiater:		
18 stipendiater à 900 kronor	16,200: —	
36 stipendiater à 600 kronor	21,600: —	37,800: —
Minimum år 1905 utgående dagtraktamenten till läkare under inskrifningsförrättningarna:		
1,041 dagar à 6 kronor per dag..........	6,246: —	6,246: —
Arfvoden à 1,000 kronor åt 1 regementsläkare och 1 bataljonsläkare vid garnisonssjukhuset i Stockholm samt à 300 kronor åt läkaren vid krigsskolan	2,300: —	2,300: —
Arfvoden à 1,095 kronor åt 6 underläkare vid garnisonssjukhuset i Stockholm	6,570: —	6,570: —
Arfvoden à 1,000 kronor åt 6 regementsläkare för förordnanden såsom fördelningsläkare	6,000: —	6,000: —
	Summa Kronor	623,100: 50

Den här föreslagna omorganisationen skulle kräfva följande ändringar i nu gällande stat:

	Kronor	S:a Kronor
Löner åt:		
6 fältläkare à 5,500 kronor	33,000: —	
53 regementsläkare » 5,000 »	265,000: —	
45 äldre bataljonsläkare » 2,000 »	90,000: —	388,000: —
Inkvarteringsbidrag åt:		
6 fältläkare (4 à 600 kronor i landsorten och 2 à 1,000 kronor i Stockholm)	4,400: —	
53 regementsläkare (44 à 600 kronor i landsorten och 9 à 1,000 kronor i Stockholm och Göteborg)	35,400: —	39,800: —
Dagaflöning åt:		
6 fältläkare à 5 kronor i 365 dagar..............	10,950: —	
53 regementsläkare à 5 kronor i 365 dagar ...	96,725: —	
90 bataljonsläkare 45 dagar à 10 kronor..... ...	40,500: —	148,175: —
Arfvoden åt:		
45 yngre bataljonsläkare à 1,500 kronor.........	67,500: —	67,500: —
vikarie under semester för 53 regementsläkare 6 veckor à 7 kronor pr dag	15,582: —	15,582: —
	Summa kronor	659,057: —

Anm. Gemensam regementsläkare är här ofvan beräknad för Svea ingeniörkår och fälttelegrafkåren, likaså för Gotlands infanteriregemente och artillerikår. Karlsborg och Boden ha här föreslagits få en regementsläkare (= garnisonsläkare) hvardera för artilleri- och ingeniörtrupperna på dessa platser. En regementsläkaretjänst vid krigsskolan är tillagd, likaså en vid positionsartilleriet, som ännu ej fått regementsläkare uppförd på sin stat. En öfvertalig regementsläkaretjänst är afräknad från Karlskrona grenadierregemente; en sådan är också afräknad från Garnisons-

sjukhusets stat i samband med här nedan antydda förslag till ordnande af de militära sjukvårdsanstalterna.

Ökningen i anslag för den nya staten skulle blifva 35,956 kronor 50 öre, men därvid är att märka, att uti den nya staten ingå 6 nya fältläkarebeställningar, hvilka ensamma skulle ha kräft en ökning af det gamla anslaget med 42,350 kronor; själfva omorganisationen skulle alltså faktiskt något minska anslagsbehofvet i stället för att öka det.

I nära samband med fältläkarekårens omorganisation står frågan om den militära sjukhusvården. Det torde nämligen vara af stor betydelse, att beträffande de sjukhus, som erfordras för den garnisonerade truppen, få utredt, om icke öfverenskommelse skulle kunna träffas mellan staten å ena och städer och landsting å andra sidan om anordnande af garnisonssjukhus i anslutning till de redan befintliga lasaretten, endera i form af tillbyggnader eller också genom upplåtande af sängplatser (detta senare tillämpas redan beträffande epidemiskt sjuka i en del orter, däri äfven inbegripet Stockholm; Stockholms garnison vårdar nämligen sina epidemiskt sjuka å stadens epidemisjukhus). De till lasaretten anslutna garnisonssjukafdelningarna borde under tider, då de ej behöfvas för militära sjukvården, kunna disponeras för den allmänna sjukvården[6]).

Vore underläkarne vid dessa lasarett samtidigt bataljonsläkare, hvilket ofvan framhållits som önskemål, så torde fordringarna såväl på en god rekrytering af fältläkarekåren som på en god sjukvård för de värnpliktige på ett tillfredsställande sätt blifva tillgodosedda[7]).

Att anordna små fristående garnisonssjukhus med förstklassig personal och utredning skulle kräfva betydliga kostnader, hvarjämte — med hänsyn till det begränsade antalet sjuka och sjukdomarnas ringa omväxling bland värnpliktiga — den vid dylika sjukhus anställda personalen knappast finge tillfälle att underhålla sin praktiska duglighet, än mindre utveckla densamma.

Vidare skulle vid mobilisering de små fristående garnisonssjukhusen bli ganska svåra att i hast lämpa efter de stora kraf, som under krigstid komma att ställas på de militära sjukvårdsanstalterna; byggas de däremot som afdelningar vid våra civila, väl organiserade lasarett, skulle dessa redan i fredstid ha en organisation, som genom tillbyggnader af baracker och sjukpaviljonger vid krigsutbrott skulle fullt motsvara sitt ändamål. Det torde böra tagas i öfvervägande, huruvida icke sjukhusvården inom Stockholms garnison enligt nu angifna synpunkter skulle kunna ordnas medels upprättande af särskilda afdelningar vid stadens civila sjukhus. En utredning härom torde föranledas redan af den ifrågasatta nybyggnaden af allmänna garnisonssjukhuset. På de platser, där icke lasarett nu finnas i eller i närheten af garnisonsorten, skulle kanske öfverenskommelse kunna träffas med närliggande kommuner om mottagande äfven af civila personer till vård å de garnisonssjukhus, som där måste upprättas, hvarigenom dessa sjukhus äfven komme den civila sjukvården till godo; läkarne vid dessa sjukhus skulle genom en sådan anordning få tillfälle att underhålla sin praktiska duglighet.

För att möjliggöra en kombination af bataljonsläkaretjänst med anställning som underläkare vid dessa sjukhus torde emellertid sättet för anställning af bataljonsläkare böra ändras. De 45 äldre bataljonsläkarne borde liksom nu ha fullmakt, hvaremot de 45 yngre endast borde erhålla förordnande exempelvis på tre år i sänder med rätt till tjänstårsberäkning för hela den tid förordnandet omfattar; i tur efter

militära tjänstår och öfriga meriter borde de på ansökan få fullmakt såsom äldre bataljonsläkare vid inträffande vakans af sådan beställning. Denna anordning är önskvärd med hänsyn till de yngre bataljonsläkartjänster, hvilka skulle vara fast förbundna med underläkartjänsterna på de civila sjukhus, som ofvan omtalats såsom lämpliga äfven för militär sjukvård, och dessa underläkartjänster borde såsom varande utbildningsplatser icke få innehafvas af samma person under längre tid än 3 år; öfriga innehafvare af dessa tre års förordnanden såsom yngre bataljonsläkare borde vara disponibla för extra kommenderingar utöfver de förut nämnda 45 dagarna, för hvilken tid, såsom ofvan nämnts, alla bataljonsläkare, äfven lasarettsunderläkarne, skulle vara disponibla.

Genom obligatoriskt inträde i fältläkarekårens reserv för dessa underläkare, om de lämna den aktiva militära anställningen, tryggas arméns behof af läkare vid mobilisering, utan att den civila sjukvården beröfvas dessa utbildningsplatser; lasarettsunderläkarne skulle nämligen efter sina tre års anställning såsom sådana ha fritt val att lämna militärläkaretjänsten eller kvarstå med samtidigt innehafvande af civil tjänst.

Ersättning åt öfver- och underläkare vid lasaretten för deras ökade arbete och ansvar skulle väl kunna anskaffas utan anslagsökning på följande sätt. Ofvan är beräknadt 1,500 kronor i arfvode åt yngre bataljonsläkare; detta är det minsta tänkbara för de rörliga platsernas innehafvare, men beträffande de bataljonsläkareförordnanden, som bli bundna vid garnisonsorternas lasarett, kunde aflöningsförmånerna fördelas så, att öfverläkaren finge 500 kronor och underläkaren i egenskap af yngre bataljonsläkare 1,000 kronor; naturligtvis förutom den lön, som han af landsting och kommun erhåller. Visserligen får han på detta sätt mindre arfvode än öfriga yngre bataljonsläkare, men dels innehar han utbildningsplats, dels torde han alltid ha utsikt att äfven under repetitionsöfningarna få vara kvar vid lasarettet; hans tjänstgöring under repetitionsöfningarna torde nämligen komma att äga rum vid ett af garnisonsortens truppförband; för ökningen i arbete under denna tid skulle han, som ofvan nämnts, ha 10 kronor i dagaflöning.

(*Tillägg*, icke infördt i motionen:)

Att detta förslag till omorganisation af den militära sjukvården kommer att möta opposition från en del äldre militärläkare, är ju helt naturligt, ty från att ha haft obetydligt arbete skulle de genom förslagets antagande få så väsentligen ökade göromål för tjänsten, att de ej skulle kunna förena regementsläkaretjänst med skötande af stora kollektivackord, med järnvägsläkaretjänst eller med sjukresor utom garnisonsorten, men detta är enligt mitt förmenande snarare en styrka än en svaghet hos förslaget, ty regementsläkarne bli lättare att anträffa inom garnisonsorten och tvingas att mera än nu är fallet ägna sin tid och sitt intresse åt den militära hälso- och sjukvården. Privat praktik böra de naturligtvis i öfrigt få bibehålla.

Anmärkningar.

1) I mitt föredrag ingick äfven, att truppläkare på grund af bristande fältduglighet icke skulle få kvarstå till 63 års ålder, utan pensioneras tidigare, regementsläkare vid samma ålder som öfverstelöjtnant.

2) I föredraget föreslogs en månads förkortning af rekrytutbildningen mot det, att repetionsöfningarna förlades till ett mera framskridit stadium af de medicinska studierna, nämligen efter kurserna i ögon-, ev. öronsjukdomar och efter kursen i hygien vid Karol. Institutet. Rekrytutbildningen vid ett infanteriregemente är bland annat afsedd att bibringa medicinaren egen erfarenhet om nuvarande utbildningens kraf på infanteristen under senare delen af rekrytmötet. Ridning skulle ingå äfven i rekrytutbildningen.

3) Kursen borde ledas af stabsofficer, trängofficer och läkare. För att få så många som möjligt att tillgodogöra sig kursen, så kunde det vara lämpligt att göra godkänd slutpröfning till villkor för anställning i fältläkarkåren.

4) Repetionskurser böra anordnas för regementläkare och reservläkare; dessa kurser måste finnas, men böra begränsas till en tid af 3—4 veckor och torde kunna äga rum under sista månaden af kursen för värnpliktiga läkare.

5) Fältläkare borde äfven vara skyldiga att vid sidan af sin tjänst i arméfördelningens stab, biträda med utredningen af frågor rörande arméns hälso- och sjukvård, hvilka af sjukvårdsstyrelsen komma att till dem hänskjutas.

6) De s. k. »sjuka i sjukrum», d. v. s. tillfälligt otjänstbara på grund af lättare sjukdom, skulle äfven enligt detta förslag, såsom hittills skett, vårdas vid sina truppförband.

7) Landstingen torde ej komma att motsätta sig detta förslag, ty de önska nog den bästa möjliga vård åt deras egen värnpliktiga ungdom, synnerligast som denna ungdom ju alltid, alltså äfven under värnpliktstiden, äger rätt till vård å lasaretten. Lasarettsläkarne borde fortfarande, såsom nu äger rum, ha rätt att fritt välja sina underläkare, blott dessa äro legitimerade läkare och fullgjort sin värnplikt.

I militärläkarefrågan.

Helt nyligen har i Allmänna svenska läkartidningen förts en diskussion i militärläkarfrågan, som bland annat varit märklig därföre, att initiativet till densamma tagits af en af våra yngre militärläkare samt att den förts i tidskriften ifråga, oaktadt militärläkarne ha egen tidskrift. Hvad kan orsaken härtill vara? Det är väl knappast troligt, att våra äldre ledande militärläkare, våra militärläkarföreningar eller redaktionen af militärläkartidskriften ansett allting vara så bra som det är, att reformer vore obehöfliga. Mig synes som om man ej beaktat den rörelse som en längre tid pågått bland våra yngre medici och som haft till ändamål, att så att säga bojkotta militärläkarbanan så länge som en del missförhållanden på densamma ännu kvarstode. Det är heller ej så underligt, att dessa medici, då de se att ingenting annat hjälper, ta frågan i egen hand och tillgripa så kraftiga medel som strejk och utdelande af varningar till kamrater att beträda militärläkarbanan. Visserligen ha några framträdt till försvar för det bestående, men det undras mig om icke detta mest äro sådana som

genom en rubbning äro rädda för att bli störda i sin enskilda praktik, hvilken för dem är hufvudsaken. Den tid är dock redan inne, då vi militärläkare måste lägga hufvudvikten vid vår tjänst och åt densamma ägna vårt mesta arbete och intresse, hvarförutan vi aldrig kunna tänka på att åstadkomma några reformer. Jag vill härmed icke säga, att den enskilda praktiken bör förbjudas militärläkarne, men jag tror ej den är nödvändig för skicklighets ernående som sådana, ty militärläkaryrket erbjuder i och för sig alldeles tillräckligt både lärorikt och intressant för att vi däråt skola kunna ägna vår mesta tid. Göra vi det och sedan med enighet och kraft häfda våra anspråk, så är jag viss på, att dessa icke skola lämnas obeaktade af vederbörande. De anspråk som jag här åsyftar äro följande. Bättre lönevillkor. Militärläkarne böra aflönas minst lika högt som sina militära vederlikar med hvilka de numera äro så godt som jämnställde i afseende på tjänstgöring och på densamma beroende förvärfsförmåga utom tjänsten. En likställighet i detta afseende råder inom andra länders militärläkarkårer där denna förmån för läkarne är så mycket större som de i allmänhet ej behöft nedlägga så mycken tid, arbete och kostnader på studier som här i Sverige. Vidare vill jag anföra, att inom intendenturkåren råder full likställighet med militären i afseende på löneförmåner, och inom mariningeniörkåren utgår lönerna i likhet med närmast högre grad.

Inom fältläkarkåren uppbär en bataljonsläkare af lägre lönegrad i lön 1,020 kr., i dagaflöning 1,095 kr., inkvarteringsbidrag 300 kr., summa 2,415 kr. samt i pension 1,000 kr. En bataljonsläkare af högre lönegrad åtnjuter i lön 2,400 kr., i dagaflöning 1,460 kr., och i inkvarteringsbidrag 400 kr., summa 4,260 kr. och i pension 1,920 kr. En regementsläkare uppbär i lön 3,400 kr., i dagaflöning 1,825 kr., inkvarteringsbidrag 600 kr., summa 5,825 kr. samt i pension 2,720 kr.

Inom den tyska militärläkarkåren ställa sig siffrorna på följande sätt:

Stabsarzt = bataljonsläkare	lägre lönegrad i lön	4,427	Mark	=	3,960	kr.
	högre »	» 5,622	»	=	4,940	»
Oberstabarzt = regementsläkare		» 7,577	»	=	6,750	»
Generalarzt = fördelningsläkare		» 9,962	»	=	8,900	»
Generalstabsabsarzt der Armé = öfverfältläk.		» 12,515	»	=	11,263	»

Pensionerna utgå med 2/6 af lönen efter 10 års tjänst.
» » » 3/6 » » » 20 » »
» » » 4/6 » » » 30 » »

En Oberstabsarzt eller regementsläkare erhåller alltså efter 30 tjänsteår öfver 5,000 mark i pension eller omkring 4,500 kr. och i vanliga fall når han persionsåldern tidigare än hos oss. Tar man så i beräkning att en mark är i Tyskland lika mycket värd som en krona här och att dessutom i tyska riket militär och likställde åtnjuta en mängd andra förmåner så ställa sig förhållandena ännu gynsammare där än hos oss. Då man ser dessa siffror, så frågas om någon kan tycka det vara märkvärdigt, att läkare, som här i Sverige fått nedlägga mera tid, arbete och kostnader på sin utbildning än de flesta, tveka att kasta sig in på en bana, som till en början erbjuder 2,415 kronors inkomst och där högsta målet vinkar med en inkomst af 5,825 kronor och en pension af 2,720 kr. Utan privat förmögenhet kan det gå illa, ty det kan hända att tjänsten lägger hinder i vägen för enskildt förvärf och i så fall riskerar man att få svälta på ålderdomen. Det torde nämligen vara svårt för en läkare, att äfven utan familj lefva på en pension af 2,720 kronor. Man skulle nu kunna tycka, att det icke

vore för mycket begärt, om denna lilla pension finge utgå efter samma grunder som för likställda militära pensionstagare, men så är ej fallet. Vid armén utgöres de flesta läkare-pensionstagare af regementsläkare. Dessa få ej pension förr än efter 30 tjänsteår och vid fyllda 60 år och erhålla då ett pensionsbelopp lika med förste kaptens, hvilken senare också erhåller pension efter 30 tjänsteår, men redan vid fyllda 50 år. Då regementsläkaren börjar att utfå pension har alltså kaptenen redan bekommit 27,200 kronor hvilket belopp alltså motsvarar hvad som pensionskassan förtjänar mera på hvarje regementsläkare än på motsvarande militäre pensionstagare. Att vi icke kunna vara nöjda härmed är ju uppenbart och det torde, för att åstadkomma ändring häri vara af allra största vikt för militärläkarne att få in en eller flere representanter bland arméns fullmäktige, som ha att besluta om pensioner. Märkvärdigt är, att detta ej skett förut, då t. ex. intendenturkåren, som är en mindre kår, är självständigt representerad. Slutligen böra vi uppställa fordran på att få rangförhållandena ordnade på så sätt, att efter ett visst antal tjänstår inom hvarje tjänstegrad befordran måtte äga rum, så att ej en del läkare med dålig tur få gå alltför länge med en tjänstegrad, som ej står i någon proportion till deras ålder. En befordran inom rimlig tid verkar, alltid uppmuntrande. Vidare böra alla undantagsbestämmelser, hvarigenom läkarne i afseende på rang och hedersbetygelser ställas tillbaka för militärerna försvinna, enär de endast alstra ståndsskillnad och stå i vägen för ett godt förhållande mellan dem. Öfverfält- och marinöfverläkarna böra såsom i andra stater tilldelas resp. generalmajors och konteramirals rang.

Att äfven i andra afseenden militärläkarekåren bör reformeras är otvifvelaktigt; särskildt torde ej meningarna därom vara delade, att de värnpliktige medicine studerandena böra såsom sådana endast få fullgöra så kort tid af sin värnplikt vid vapnen (helst kavalleriet för ridningens skull) som erfordras för att få nödtorftig militär utbildning och att öfriga tiden bör fullgöras som läkare efter aflagd examen; men löne- och pensionsfrågorna böra i första hand ordnas, ty på dessa hänger om vi skola få någon militärläkare eller ej.

Det torde vara af yttersta vikt, att alla dessa frågor ofördröjligen upptagas till diskussion i våra militärläkarföreningar, då sannolikt, med anledning af motionen i riksdagen, en kommitté kommer att tillsättas och denna bör få veta allmänna meningen, eljest kan det måhända gå med militärläkarna såsom nyss med provinsialläkarna.

M.

I militärläkarefrågan.

I Läkartidningen har under den förflutna vintern militärläkarefrågan varit föremål för många utläggningar från kollegernas sida. Och alla insändare utan undantag ha mer eller mindre skarpt framhållit rådande missförhållanden, alla ha varit eniga, att det ej är bra som det är, och att ändring till det bättre starkt är af nöden, om ej fältläkarekåren skall fullständigt försumpas. Två kolleger ha sökt råda bot för det onda genom att i årets riksdag framlägga motion om fältläkarekårens omorganisation. Bland oss läkare kan väl ej råda mer än en mening om det framlagda omorganisationsförslaget, nämligen att detsamma var synnerligen väl funnet, att det ställde i utsikt en högst afsevärd förbättring såväl af den militära sjukvården som af fältläkarekårens rekrytering och reserv. Vi äro motionärerna djupt

tacksamma för den stora och betydelsefulla insats de härmed velat göra i fältläkarekårens utveckling.

Sina vana trogen då det gäller förnuftiga reformer har emellertid första kammaren satt sig på tvären och klubbat ned förslaget ifråga.

Vi hoppas och vänta nu af yngre kolleger, att de ej skola ge reformfienderna rätt genom att — till sin egen och hela kårens skada — rekrytera fältläkarekåren, innan en grundlig och förnuftig omorganisation af densamma kan ställas i säker och snar utsikt.

Omorganisationen kan och får ej längre uppskjutas, det torde väl stå en hvar för saken intresserad fullständigt klart. Det tyckes emellertid tyvärr fordras alldeles särskildt kraftiga påtryckningar, för att vederbörande skola inse detta.

f. d. Fältläkarestipendiat.

Hvarjehanda notiser.

Linnéjubileet i Uppsala. Utom de förut nämnda svenska hedersdoktorerna (se n:r 17, sid. 302) promoverades ett antal utlänningar, bland hvilka i första rummet märktes professor *Ernst Hæckel* i Jena, som mottog medicine jubeldoktorsvärdigheten. Medicine hedersdoktorer blefvo *Emil Christian Hansen,* föreståndare för Carlsbergs-laboratoriet, Köpenhamn; *Oscar Hertwig,* Geh. Medicinal-Rat, professor i jämförande anatomi vid universitetet i Berlin; *Harry Rainy,* sekreterare i Royal College of Physicians of Edinburgh.

Bland jubeldoktorerna inom filosofiska fakulteten sågs den åldrige f. d. arkiatern, f. d. professorn i patologisk anatomi och statsmedicin vid universitetet i Helsingfors, *Otto Edv. Aug. Hjelt.*

Såsom filosofie hedersdoktorer bekransades professor *Alvar Gullstrand* samt *William Williams Keen,* emeritus professor i kirurgi vid Jefferson Medical College of Philadelphia; *E. C. van Leersum,* professor i medicinens historia och farmakologi vid universitetet i Leiden; *B. Lysholm,* läkare, præses för det K. Norske Videnskabers Selskab, Trondhjem; *W. Nolen,* professor i speciell patologi, terapi och klinik vid universitetet i Leiden.

Endast en »medicine doktor efter aflagdt prof» promoverades, nämligen t. f. laboratorn i experimentell fysiologi och medicinsk fysik vid Uppsala universitet *G. F. Göthlin.*

Militärläkarkursen vid garnisonssjukhuset i Stockholm. Till deltagare vid innev. års militärläkarkurs ha beordrats bataljonsläkarna G. Möller, F. G. Ask, C. G. Kjellman, K. M. Wahlstedt, N. A. Sparrman, J. T. Hammarin, C. J. A. Sidenmark, C. G. Charlier, A. F. Bruzelius, O. E. Gill, C. G. Stabe, C. A. Friberg. Kursen börjar den 7 oktober.

Ett nytt sjukhem för bröstsjuka har i denna månad öppnats i närheten af Ingelstads järnvägsstation på Växiö—Ronnebybanan. Hemmet, som är härligt och högt beläget i barrskog, heter Furuliden, läkare är doktor Nils Sjöbring i Växiö; det förestås af sjuksköterskan Tora Strömsten. Ref.: Prof. Seved Ribbing i Lund och doktor A. Söderberg i Elmhult.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes; [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Extra prov.-läk.-tj:n i Ramsele distr.[2]) ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	10 juni.
Prov.-läk.-tj:n i Jämshögs distr.[1])	12 juni.
Prov.-läk.-tj:n i Heby distr.[1])	12 juni.
Extra prov.-läk.-tj:n i Österåkers distr. (distr. omfattar Österåkers och Ösebygarns socknar af Stockholms län med läkarstation och apotek i Åkersberg; ansökan till läkardistr.-styrelsens ordf. W. Lundin, Karby, Brottby)	14 juni.
Prov.-läk.-tj:n i Eskilstuna distr.[1])	15 juni.
Stadsläk.-tj:n i Trosa (ansökan, ställd till stadsfullmäktige, inlämnas hos magistraten)	15 juni.
Sex underläk.-tj:r v. allm. garnisonssjukhuset[2])	15 juni.
En bat.-läk.-tj. v. Dalreg:tet[1])	20 juni.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Jönköping (löneförmåner: 1,800 kr. jämte fri bostad, och kost eller 600 kr. i kostpenningar)	21 juni.
Extra prov.-läk.-tj:n i Östervåla distr.[2]) (ledigförklarad för tiden t. o. m. 1910; distr. omfattar Nora, Östervåla och Harbo socknar af Västmanlands län med läkarstation och medikamentsförråd i närheten af Östervåla kyrka; distr.-invånarantal d. 1 jan. 05: 8,241; lön: 2,000 kr.)	27 juni.
Extra prov.-läk.-tj:n i Hammerdals distr.[2]) ledigförklarad grund af ny femårsperiod)	29 juni.
Extra prov.-läk.-tj:n i Fiskebäckskils distr. (se annons i n:r 23 och 24)	30 juni.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Mellerud[1]) (årlig pensionsafgift 500 kr.)	10 juni.
Nya apoteket i Billingsfors[1]) (årlig pensionsafgift 350 kr.)	10 juni.
Apoteket i Uddeholm[1]) (årlig pensionsafgift 700 kr.)	10 juni.

Af Med.-styr.:n utnämnda och förordnade:

Till las.-underläk. i Karlshamn (tre år fr. 1 juni): lic. *J. Gabrielsson.*
Till bitr. hosp.-läk. i Vänersborg (tre år fr. 27 maj): lic. *C. G. Trägårdh.*
Till las.-underläk. i Kalmar (ett år fr. 1 aug.) lic. *J. Robbe.*
Till ex. prov.-läk. i Arvidsjaur distr. (t. o. m. år 1911): lic. *C. Comstedt.*

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Las.-underläk. i Linköping *V. Söderbaum* (31 maj).
Stadsläk. i Åmål *H. O. Waldenström* (27 maj).

Af Med-styr:n upprättade förslag:

Till *reg:tsläk.-tj:n v. skånska trängkåren* S. A. Kihlblom (förord), J. Lindskog, C. J. Lembke.

Medicine doktorer promoverade:

vid Karolinska institutet: *H. C. Jacobæus, Einar Key, G. M. Koræn, C. F. Lindahl* och *Gunnar Nystöm.*

Medicine licentiatexamen aflagd

vid Uppsala universitet af *Julia Kinberg,* född Rosenbaum, och *J. F. A. Öhrn:* vid Lunds universitet af *G. Alling, H. J. Ekvall, E. Heijbel, J Haffner, S. Johansson, O. Löfberg, Hj. Svensson, H. Wallengren, E. Welinder, G. Wirde;* vid Karolinska institutet af *E. V. A. Boivie, H. Forssman, H. Lidén, G. Liljenroth, Fr. Lönborg, J. Nielsen-Schaumann, F. E. Lindhagen* och *C. A. Wærndt.*

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Med.-rådet *Wawrinsky* t. f. ordförande i Med-styr:n 7 juni—6 juli (s).
Ombudsmannen *Sederholm* t. f. med.-råd fortf. 7 juni—24 juni.
Professor *Lindberger* t. f. med.-råd 25 juni—6 juli.
Aman. *E. Åberg* t. f. ombudsman i Med.-styr:n fortf. 3 juni—6 juli.
Lic. *C. E. Runborg* t. f. prov.-läk. i Malmköpings distr. 21 juni—20 juli (s).
Lic. *C. E. Runborg* t. f. prov.-läk. i Broby distr. 22 juli—20 aug. (s).
Lic. *H. Areschoug* t. f. prov.-läk. i Lenhofda distr. 1—30 juli (s).
Lic. *W. Sterner* t. f. prov.-läk. i Jörlanda distr. 1 juli—14 aug. (s).
Lic. *G. Allvin* t. f. prov.-läk. i Hjo distr. 1 juni—15 juli (t).
Lic. *F. Hæffner* t. f. bitr. prov.-läk. i Vänersborgs distr. 29 maj—19 juli (t).
Bitr. prov.-läk. *G. Edlund* t. f. 1:e prov.-läk. i Stockholms län och prov.-läk. i Stockholms distr. 2—31 juli (s).
Lic. *K. A. Andersson* t. f. las.-underläk. i Kalmar 12 juni—31 juli (t).
Lic. *J. Robbe* t. f. las.-läk. i Jönköping 12 juni—31 juli (t).
Fältl.-stip. *W. P. Wingren* t. f. ex. läk. vid inf. officers- och res.-off.-volontär-skola 8—22 juni.
F. d. fördeln.-läk. *A. P. Westerberg* t. f. stadsläk. i Falköping 15 juni—30 sept. (t).
Marinläk. *J. Lagerholm* t. f. prov.-läk. i Grangärde distr. 1—30 juli (s).
Lic. *V. Törnberg* t. f. stadsläk. i Åmål (v).
Kand. *G. Hedblom* t. f. ex. prov.-läk. i Svärdsjö distr. 1—30 juni (t).

Död:

Provinsialläkaren i Katrineholms distrikt m. m. medicine licentiaten *Lauritz Bernhard Smitt* afled å Norrköpings lasarett den 30 maj vid 58 års ålder.

Redaktionsmeddelande:

»En som ej sökt Lima» ombedes uppge sitt namn för redaktionen.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 14 juni 1907.

4:e årg. | Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER. | N:o 24.

Innehåll: LENNART NORRLIN: Några ord om transitorisk förekomst af ägghvita i urin i anslutning till ett fall af s. k. cyklisk albuminuri. — Allmänna svenska läkarföreningens förhandlingar. — Medicinalstyrelsens omorganisation. — Den ifrågasatta omorganisationen af militärläkarekåren. — Insändt. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser. — Epidemiöfversikt.

Några ord om transitorisk förekomst af ägghvita i urin i anslutning till ett fall af s. k. cyklisk albuminuri.

Af

Lennart Norrlin.

M. K. N. 30 år. Pat:s föräldrar, som båda lefva, tillhöra mycket gamla släkter, hvars talrika medlemmar i allmänhet i alla afseenden varit synnerligen friska och lifskraftiga. Veterligen ha *inga* nervösa, konstitutionella eller *njursjukdomar förekommit.*

Pat. har alltid left under de bästa hygieniska förhållanden, fört ett *regelbundet lif,* varit måttlig beträffande mat och dryck, ej varit absolutist, men aldrig missbrukat spirituosa, har i allmänhet *hållit relativt ägghvitefattig diet,* ej undvikit kryddad mat. Har i någon mån missbrukat tobak i form af cigarr-rökning, i synnerhet under de senaste åren. Har badat i öppet vatten sommartid och tidvis hvar morgon tagit kall afrifning i rumsvarmt vatten.

Af genomgångna sjukdomar märkes svår rachitis under andra lefnadsåret; okomplicerad mässling vid 4 års ålder. Få och lätta »förkylningar» och anginor under uppväxtåren. *Sjuk 2—3 dagar vintern 1890* med feber, hufvudvärk, rheumatoida smärtor (*influenza* under pandemien?) Samma symptom 1900, hvilka höllo pat. till sängs 3—4 dagar. Har *ej* haft *scarlatina, difteri, pneumoni, tyfus, malaria* eller *tuberkulos;* ej varit veneriskt infekterad. Före 15:de året var pat. relativt kortväxt med riklig adipositas; växte sedan fort och har varit snarare mager än fet de senaste 15 åren. Vikt sedan 10 år tillbaka konstant 66—68 kg. Sedan pubertetsåren har pat. tidvis lidit af en dels som *nevrastheniska* tydda *symptom:* dålig sömn, hetshunger nattetid, då han legat vaken, tryck öfver hjässan, energilös och oförmögen

till mera ansträngande intellektuellt arbete, i synnerhet under vårarna.

De nevrastheniska symptomen ha ibland lätt påverkats psykiskt och fort försvunnit vid ombyte af sysselsättning och omgifning. De senaste åren ha de mindre ofta uppträdt; pat. mår nu subjektivt bättre och anser sig friskare och starkare än för 10 år sedan. Sedan 1896 har pat. idkat universitetsstudier.

Med undantag af det nämnda trycket öfver hjässan *aldrig hufvudvärk:* har *aldrig* varit *svullen; ej* besvärats af *hjärtklappning* eller andnöd. *Hjärtat* har vid upprepade undersökningar af interna läkare *aldrig företett något abnormt:* ingen förstoring, inga blåsljud; andra tonen vid basen ofta klufven. *Pulskurvor* i allmänhet spetsvinkliga. med *tydligt uttalad dikroti,* utan s. k. elasticitets-elevationer. Blodtryck (Riva-Rocci) 120 mm. Blodkroppar och hämoglobinhalt normala. Från ögon och ögonbottnar intet abnormt. Aptit och afföring alltid utan anmärkning. Magsaft normal.

Pat. har fullgjort sin värnplikt; har sedan 4 år tillbaka under sammanlagt 8 månader tjänstgjort som extra läkare vid armén, hvilken tjänstgöring ofta varit förenad med ganska stora strapatser. Så t. ex. satt pat. till häst så godt som hela dagarna under 2 veckors tid sommaren 1904 och under 4 veckor 1905, deltog i nattmarscher, bodde fullständigt under de nämnda veckorna i tält. Subjektiva befinnandet denna tid bättre än vanligt.

Den första gång som *albumin* påvisades i pat:s urin var *hösten 1894,* då vid tvenne tillfällen med 14 dagars mellanrum i urin, låten vid *10-tiden f. m.,* genast *starkt positivt utslag* erhölls vid Hellers prof. Pat. undersöktes i och för anställning som officersvolontär. Intet annat sjukligt påträffades. Den undersökande militärläkaren, hvilken såsom skolläkare följt pat:s utveckling under 8 år, blef ytterst förvånad öfver ägghvitas närvaro i urinen, *förklarade pat. lida af nefrit* samt vara odugligt till krigstjänst.

I *juni 1895* fanns vid en undersökning af *förmiddagsurinen något mer än spår af alb.* Hösten 1895 var Hellers prof, då förmiddagsurinen vid 2 skilda tillfällen undersöktes, ena gången positivt, andra gången negativt; vid undersökning upprepade gånger af aftonurinen profvet alltid negativt.

Hösten *1896* konstaterades närvaro af *»betydligt med albumin»* i urinen. När under dagens lopp denna urin togs, kan ej uppges.

Vid en undersökning våren 1897 Hellers prof neg. i urin tagen kl. 7 e. m.

Vid middagstiden sommaren 1897 kokprofvet negativt i urin tagen omedelbart efter en forcerad bicykelfärd à 1 1/2 mil.

14—21 Februari 1898 undersöktes dagligen det samlade dygnskvantum urin på ägghvita, hvarvid 2 dagar profven poset. — ena gången med *ganska betydlig albuminhalt.* Den dagliga urinmängden denna vecka 900—1,100 gm.

I urin secernerad under första timmen efter uppstigandet på *morgonen* fanns vid några undersökningar sommaren *1898* (värnpliktstiden) *betydligt med ägghvita* (salpetersyreprofvet).

En dag i juni 1898 var Hellers prof negat. i urin tagen kl. 1/2 7 e. m. efter en fältmarsch på 20 km. i svår terräng med 15 kg. packning.

I *augusti 1898* under en sejour i Karlsbad undersöktes urinen nästan *dagligen.* I *förmiddagsurinen* gaf Esback's reagens alltid *starkt utslag,* i eftermiddagsurin negativt eller svagt pos. 2 dagar à rad gjordes detaljerad urinundersökning med följande resultat:

Physikalische und chemische Eigenschaften:

1898	$^{27}/_{8}$	$^{28}/_{8}$		$^{27}/_{8}$	$^{28}/_{8}$
Farbe	goldgelb	goldgelb	Secif. Gewicht	1,026	1,024
Geruch	normal	normal	Trockensubstanz gr pro Liter	60,58	55,92
Durchsichtigkeit	fast klar	klar	Reaction	Sauer 78 cm³ norm. Lauge pro Ltr	Sauer 72 cm³ norm. Lauge pro Ltr.
Sediment	wolkig kryst.	spärlich			
Blutfarbstoff	negativ	negativ	Chloride	7,242 gr. pro Ltr	10,508 gr. pro. Ltr
Gallenfarbstoff	negativ	negativ	Phosphorsäure	normal	normal
Indican	vermehrt	etwas vermehrt	Freie Harnsäure	stark vermehrt	stark vermehrt
Mucin	Spuren	Spuren	Reduc. Substanzen	durch Harnsäure etwas vermehrt	durch Harnsäure etwas vermehrt
Albumin	0,040 %	0,011 %	Acetessigsäure	negativ	negativ.
Trauben-Zucker	negativ	negativ			
Aceton	negativ	negativ			

Mikroskopischer Befund des durch Centrifugieren erhaltenen Sedimentes:

$^{27}/_{8}$: Sehr zahlreiche Harnsäurekrystalle in allen Grössen und zum Theil in sehr spiessigen Formen, reichliche Krystalle von oxalsaurem Kalk, *sehr vereinzelte hyaline Cylinder und Cylindroide.* Epithelzellen werden gar nicht beobachtet.

$^{28}/_{8}$. Einige Harnsäurekrystalle, etwas *reichliche hyaline Cylinder* und *Cylindroide,* eninige Leukocyten und vereinzelte Epithelzellen der unteren Harnwege.

Resultat:

$^{27}/_{8}$. Hochgestellter, indicanreicher Harn mit starker Vermehrung der freien Harnsäure, enthält Spuren Mucin, *0,04 % Albumin,* sehr vereinzelte *hyaline Cylinder* und *Cylindroide;* scheidet Harnsäure in reichlicher und Calciumoxalat in geringer menge aus.

$^{28}/_{8}$. Etwas indicanreicher Harn mit starke Vermehrung und spärlicher Ausscheidung der freien Harnsäure, enthält Mucinspuren *0,011 % Albumin, etwas reichliche hyaline Cylinder* und *Cylindroide* einige Leukocyten und vereinzelte Epithelzellen der unteren Harnwege.

Den insända urinmängden utgjorde båda dagarna 170 gm till största delen förmiddagsurin. (Undersökningen utförd å D:r Karl Reinhard's Laboratorium, Karlsbad).

Under de *följande åren* gjordes tid efter annan kvalitativ urinundersökning på ägghvita med genomgående samma resultat som förut. Urin läten *efter 11—12-tiden på dagen* innehöll *nästan aldrig albumin.* Då pat. *»sofvit middag»* under ett par timmar, konstaterades några gånger *ägghvita i urin,* som secernerats under närmaste timmen efter uppstigandet vid 5—6 tiden e. m. Flera gånger och nästan konstant under de senaste åren, sedan *pat. vant sig att hvila hvar dag efter middagen, innehöll urinen ej ägghvita* under närmaste timmen efter middagssömnen. Några gånger efter psykiska alterationer fanns ägghvita äfven i eftermiddagsurinen oberoende af hvila och sömn. I *natturinen* har *albumin aldrig kunnat påvisas* med Hellers reagens.

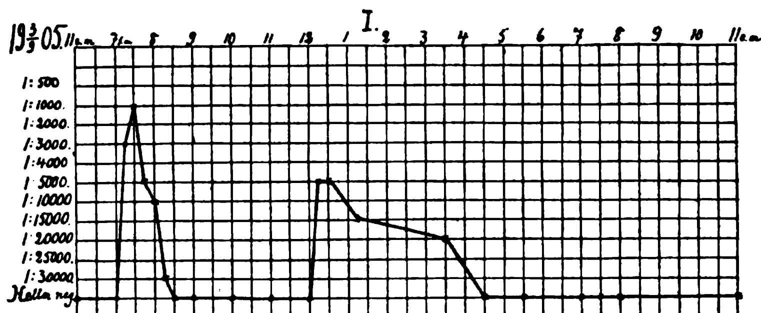
Under åren 1904 och 1905 vid de förut nämnda ridterna under 2 resp. 4 veckor undersöktes urinen vid några tillfällen efter sär-

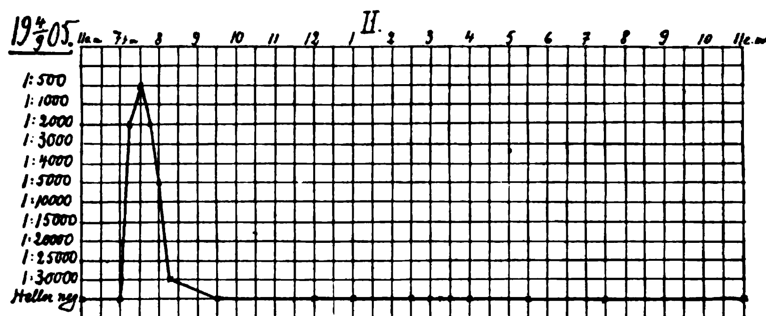
skildt ansträngande dagar (upptill 5 mils ridt) med negativt Hellers prof och ej ökad albuminhalt i urin låten under första halftimmen efter uppstigandet följande morgon.

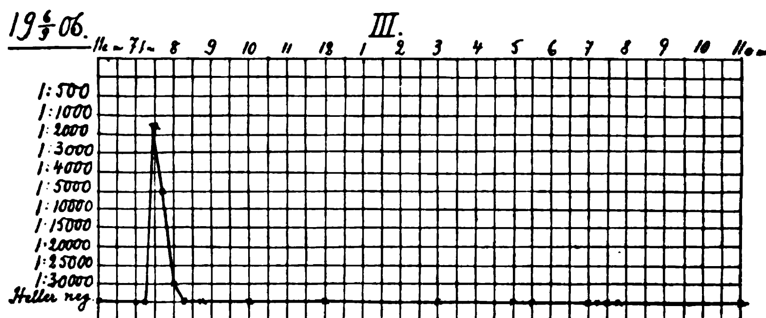
Urinen var i allmänhet sur och klar; blott några få gånger efter nattvak och starka måltider grumlig af sedimentum lateritium. Sp. v. oftast 1,020—1,025. Alméns prof alltid negativt.

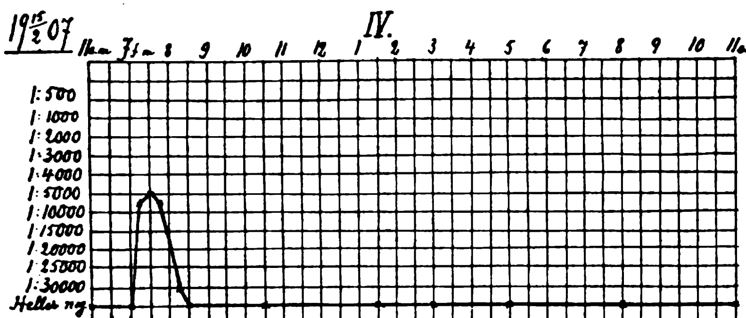
1905 under tiden $^{29}/_{8}$—$^{12}/_{9}$ gjordes *detaljerad undersökning på all låten urin* för att närmare bestämma tiden för albuminuriens förekomst, procenthalten ägghvita, hvilka faktorer, som inverkade på ägghviteutsöndringen, dygnskvantum urin, sp. v., reaktion, sediment m. m.

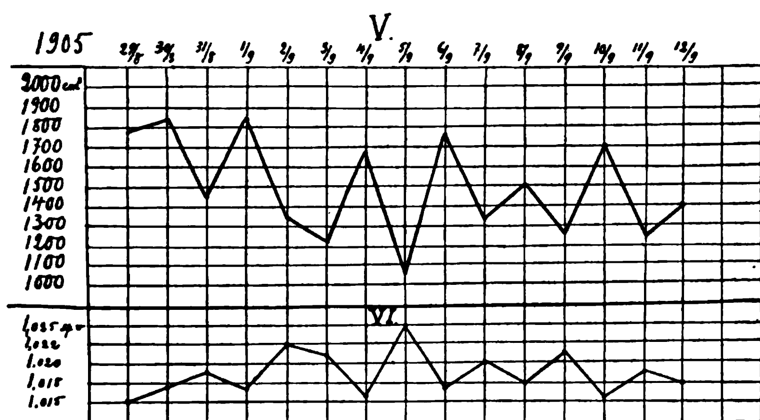
Resultatet delvis grafiskt framställdt å bifogade kurvor visar följande:











[Anmärkningar till kurvorna:

Kurvorna I—III visa tiden för ägghviteutsöndringen samt albuminhalten under 3 dagar i september 1905 ($^3/_9$, $^4/_9$, $^6/_9$). Kurvan IV visar detsamma under en dag — $^{15}/_2$ 1907. Albuminhalten approximativt bestämd genom spädning med vatten, tills Hellers prof efter 3 minuters observation ej gaf utslag. Från 11 e. m.—7 f. m. hvila och sömn. $^3/_9$ och $^4/_9$ 05 togs omedelbart efter uppstigandet kall afrifning i rumsvarmt vatten; $^6/_9$ 05 och $^{15}/_2$ 07 ej dylik. Dagarna tillbrakta med omväxlande intellektuellt och kroppsligt arbete. Ingen bestämd diet. $^4/_9$ 05 (kurvan II) 3—4 e. m. varmt bad med efterföljande dusch ned till 15° C. $^3/_9$ och $^6/_9$ 05 (kurvorna I och IV) mellan 5,30—7 e. m. hvila och sömn.

Kurvorna V—VI visa dygnskvantum urin under tiden $^{29}/_8$—$^{12}/_9$ 1905 samt sp. v. i de särskilda samlade dygnsmängderna].

Urinen var ständigt klar, sur, gaf neg. utslag för Alméns reagens. *Dygnskvantum* växlade mellan 1,010 och 1,845 cm³, medeltal per dygn 1,489. *Sp. vikten* betydligt växlande från 1,005 till 1,030; i den samlade dygnsmängden utgjorde den lägst 1,015, högst 1,025. Mängden natturin — den mellan kl. 11 e. m. och 7 f. m. secernerade — utgjorde lägst 200 högst 390 cm³; dess sp. v. växlade mellan 1,019 och 1,027, var i allmän-

het 1,024. I det ytterst sparsamma *sedimentet* kunde efter timtals centrifugering vid olika tillfällen endast 2 ej typiska eller säkra hyalina, bleka cylindrar påträffas; någon gång en blåsspitelcell och leukocyt(?) enstaka kalciumoxalat- och urinsyrekristaller.

Utgående från att Hellers profs känslighet är lika med 1 : 30000. då ägghviteskifvan blir synlig först efter 3 minuter[1]), bestämdes albuminhalten approximativt genom spädning med vatten, tills negativt utslag erhölls. Både öfre och undre ring erhölls ofta; hänsyn togs blott till den undre.

Natturinen gaf *adrig utslag för Hellers prof.*

Efter uppstigandet, som regelbundet skedde kl. 7 f. m., tömdes blåsan för hvar kvart eller halftimme under första och andra, någon gång tredje timmarna. Den under första kvarten erhållna urinen innehöll nästan alltid *albumin* från 1 : 15000 upptill 1 : 2000. Under nästa kvart steg albuminhalten oftast och utgjorde högst 2 : 1000. Därefter föll procenthalten successivt vid de följande profningarna, så att 1 till 2 ½ timme efter uppstigandet ägghviteprofvet utföll negativt.

Sedermera erhölls ej ägghvitereaktion under dagens lopp med undantag för en dag, då från kl. 12—4 albuminutsöndring upp till 1 : 5000 förekom, till hvilken ingen anledning (lindrig psykisk alteration?) kunde påvisas.

Kall afrifning omedelbart efter uppstigandet på morgnarna *stegrade albuminhalten betydligt.*

Efter en till 2 timmars *middagssömn* framkom *ej* någon *ny ägghvitecykel.*

Kall afrifning efter 2 timmars middagssömn var utan inflytande.

En dag, då kall afrifning ej togs på morgonen, kunde ej under hela dagen tydligt poset. Hellers prof erhållas; andra dagar utan kall afrifning fanns ägghvita under närmaste timmen efter uppstigandet, men 10—20 gånger mindre än när kall afrifning togs.

Efter *varmbad* före middagen och på e. m. 36°—38° C. under 20 minuter med efterföljande modererad dusch ned till 15° C. *Hellers prof neg.*

Intellektuellt arbete, måltider, måttliga spritkvantiteter, promenader, rörligt arbete inne voro utan inflytande.

Under år *1906* konstaterades vid upprepade tillfällen, att *ägghviteutsöndringen* förhöll sig *såsom ofvan relaterats.*

1907 15—16/2 vid pröfning af urinen efter samma principer som under undersökningarna 1905 befanns *tillståndet* likaledes *oförändradt.* Dock synes ägghviteprocenten sista året, under hvilket pat. ej tagit kalla afrifningar, ha minskats; i morgonurinen har ofta blott spår af albumin eller sådan ej alls kunnat påvisas.

* * *

Ett *sammandrag* af det viktigaste härmed meddelade ger vid handen, att vi ha för oss en 30-årig så godt som alltid synbarligen fullt frisk samt arbetsför man. Det enda han klagat öfver är sedan 15 år tillbaka förekommande relativt lindriga, de senaste åren minskade nevrastheniska besvär. I

[1]) Carl Th. Mörner, Uppsala läkarfören. Förh. Ny följd — Första bandet, sid. 297.

anamnesen förekommer intet af de vanliga etiologiska nefritmomenten. Vid upprepade noggranna undersökningar af de mest kompetenta läkare sedan pat:s 10:de år har intet abnormt kunnat iakttagas förutom en under hans 17:de år händelsevis upptäckt albuminuri, hvilken sedermera så godt som regelbundet konstaterats vid årligen företagna undersökningar dels mera sporadiska, dels i serier ända upp till 14 dagar. Den form af kronisk intermitterande albuminuri, som kallats cyklisk, har ständigt visat sig föreligga. Natturinen har alltid varit ägghvitefri. Albuminutsöndringen har hufvudsakligen och med ytterst få undantag ägt rum under närmaste timmen eller timmarna efter uppstigandet om morgnarna. Den enda faktor, som visat sig påverka ägghviteutsöndringen och som i betydlig grad ökat densamma, har varit kalla afrifningar omedelbart efter uppstigandet. Den approximativt bestämda högsta konstaterade albuminhalten har utgjort 2 $^0/_{00}$. Ägghviteutsöndringen synes de senaste åren snarare ha minskats än ökats. Ringa antal hyalina cylindrar har tidigare konstaterats, under de senaste åren ej med säkerhet påträffats. Urinen har i öfrigt i alla afseenden städse visat sig fullt normal.

Frånsedt den lindriga nevrasthenien är albuminuri det enda abnorma symptomet i föreliggande fall. Man skiljer mellan äkta och oäkta albuminuri. Intet i detta fall talar för att den senare formen d. v. s. albuminuri, där ägghvitan ej kommer från njurarna utan från urinvägarna i öfrigt, skulle föreligga. Tvärtom är genom förekomsten af cylindrar här albuminuri af renalt ursprung konstaterad.

Som allmänt bekant är *renal albuminuri* ett af kardinalsymptomen vid nefrit. Föreligger sådan i detta fall? Den enda form af njurinflammation som skulle kunna ifrågakomma, är kronisk skrumpnjure. Intet i anamnesen ger stöd för antagandet af en dylik; ja, en kronisk interstitiell nefrit kan uteslutas — oafsedt ägghviteutsöndringens förhållande — genom urinundersökningen (mängd, sp. vikt m m.), genom frånvaro af reaktion från kärlsystemet, genom pat:s allmänna tillstånd etc.

* * *

Redan för mer än 50 år tillbaka konstaterades, att äkta, renal albuminuri stundom kan påträffas hos, som det förefaller, i alla afseenden friska personer, och hvilka speciellt sakna alla nefrit-komplexsymptomen. Denna upptäckt gaf anledning till antagande af en s. k. fysiologisk albuminuri.

Med *fysiologisk albuminuri* menar man nu tvenne olika saker: dels fysiologisk albuminuri i mera inskränkt bemärkelse d. v. s.

den form af albuminuri, som kan upptäckas i hvarje urin med användande af ytterst känsliga reagens och tillräcklig urinmängd; dels den form, som med de vanligen använda kliniska reagensen stundom kan påträffas hos i öfrigt kliniskt sedt friska individer.

Den fysiologiska albuminurien i vidsträckt bemärkelse jämte dithörande frågor har i särskildt hög grad varit föremål för olika medicinska discipliner representerande forskares uppmärksamhet, och meningarna hafva varit betydligt delade, huruvida denna form af albuminuri verkligen bör beläggas med epitetet fysiologisk eller ej. Man synes dock nu allt mera benägen (Senator, Leube, v. Noorden m. fl.) att verkligen erkänna förekomsten af en i vidsträckt mening fysiologisk albuminuri. »Die Albuminurie ist also uter gewissen Bedingungen an sich noch keine Krankheit, solange nicht gleichzeitig andere Zeichen vorhanden sind, die auf anatomische Veränderungen der Nieren weisen» (Leube).

Vid fall, där läkaren finner albuminuri utan andra tecken på nefrit eller på patologiska processer i kroppen i öfrigt har han enligt Rosenstein[1]) att handla och uppfatta fallet på följande sätt: »Först bestämmes om albuminurien är af transitorisk art, om den uppträder endast på bestämda tider (s. k. cyklisk albuminuri) eller blott af särskilda orsaker (uppstigande från bädden, rörelser etc.). Visar sig en transitorisk form föreligga, göres noggrann urinundersökning (mängd, albuminhalt, sp. vikt, sediment), noggrann undersökning af kroppen i sin helhet särskildt cirkulationsorgan, ögon etc. *Är den transitoriskt förekommande albuminurien den enda afvikningen från det normala,* har man rätt att anta en *ren funktionell* (s. k. *essentiell) albuminuri* och *prognosen kan ställas gynnsam.* Iakttagandet af alla dessa nämnda kauteler är emellertid absolut nödvändigt, emedan en öfvergående albuminuri äfven kan uppträda under loppet af en akut nefrit på retur eller förekomma såsom tidigt stadium af en kronisk interstitiell nefrit. Diese Möglichkeit aber darf nur zur Vorsicht mahnen, nicht aber zum Schreckgespenst sein. Med särskild försiktighet måste diagnosen ren funktionell albuminuri ställas, då det gäller att afge intyg i och för lifförsäkring. En längre tids undersökning är nödvändig och kandidaterna böra admitteras först blott mot förhöjda premier — eine Abweisung aber auf Grund von transitorischer Albuminurie *ist nicht gerechtfertigt»* (de sista orden kursiverade af den citerade författaren).

---

[1]) Ebstein und Schwalbe, Handbuch der praktischen Medicin. 2:dra upplagan 1905, sid. 515.

I anslutning till det sist sagda och för att belysa, huru olika fall af transitorisk albuminuri bedömas, ber jag att få relatera följande. En 28-årig medicine kandidat, hvars anamnes ej lämnade stöd för antagandet af njursjukdom, som närmaste tiden efter sin studentexamen haft fast anställning i hären såsom officersaspirant och som ansåg sig i alla afseenden frisk, sökte 1905 lifförsäkring i svenskt bolag. Den undersökande läkaren, framstående intern medicinare och öfverläkare i bolaget, fann såsom enda abnorma vid undersökningen ringa mängd albumin i urinen, som vid fortsatt observation visade sig vara transitorisk (cyklisk). Försäkringsansökan *afslogs.*

Äfven militärläkarna handla ännu långt ifrån likformigt, då dylika fall föreligga till deras afgörande. Visserligen uttalar sig Flensburg[1]) redan så tidigt som 1894 på följande sätt: »Visar sig efter en utförligare undersökningsserie, att förekomsten af ägghvita i urinen varit rent tillfällig, anser jag, att ingen fara förefinnes att admittera honom till militärtjänst. Ett helt annat förhållande inträder däremot, om albuminurien visar benägenhet att ofta upprepas och särskildt vid de mera utpräglade fallen. Hvad beträffar dylika personers lämplighet till militärtjänst, råder därom olika uppfattning; rättast är utan tvifvel att tills vidare kassera dem eller i värsta fall antaga dem på deras egen risk med skyldighet för dem att afgå, ifall albuminurien ej förbättras eller efter vissa år upphör».

Personen i ofvan relaterade fall blef af en militärläkare kasserad efter 2 undersökningar af urinen på enbart ägghvita med 14 dagars mellanrum. Tre år senare fullgjorde han utan svårighet eller men sin värnplikt, vann vid 26 års ålder — trots förekomsten alltjämt af cyklisk albuminuri — stamanställning i hären. Under de allra sista åren har jag kunnat bevittna, hurusom militärläkare, då ynglingar, som inställa sig till undersökning för att anställas som volontärer, befinnas vid en enda profning ha albuminhaltig urin, utan vidare förklara dem lida af nefrit samt vara odugliga till krigstjänst.

Angående den *cykliska formen af kronisk intermitterande albuminuri* yttrar Hedenius[2]) bl. a.: »Denna albuminuri skall enligt Petersson (Uppsala Läkarf:s Förh. B. XXVII) bestämdt skilja sig från den nefritiska albuminurien därigenom, att natturinen och ofta äfven dagurinen under någon del af dygnet är ägghvitefri, att ägghvitemängden i allmänhet är ringa och visar remissioner samt att urincylindrar i allmänhet saknas.

[1]) Tidskrift i militär Hälsovård 4 häftet 1894.

[2]) Studier öfver albuminuri, Uppsala 1900, sid. 16.

Stundom hafva dock i dylika fall cylindrar anträffats. Allmäntillståndet hos de med denna åkomma behäftade är i det hela godt, och de förete icke öfriga symptom af njurlidande. Åkomman observeras ofta i pubertetsåldern, och prognosen synes åtminstone quod vitam vara god. Angående etiologien känner man intet med säkerhet, och frekvensen af dylika fall synes vara ringa att döma af de ännu fåtaliga publikationerna. Det är emellertid icke osannolikt, att en stor del fall af transitorisk klinisk albuminuri hos friska skulle befinnas åtminstone under någon tid vara cykliska, om de underkastades en noggrannare observation och särskildt om de följdes en längre tid. I alla händelser synes man vara böjd för att anse att den cykliska albuminuriens betydelse bör bedömas med stor försiktighet och framför allt icke ringaktas».

Då det ofvan relaterade snart 13 år följda fall af kronisk intermitterande albuminuri, som legat till grund för denna uppsats, synes vara ett typiskt exempel på den cykliska formen och då alltjämt en stor olikhet i uppfattning och bedömande af hithörande fall råder, torde dessa anteckningar och reflexioner möjligen kunna påräkna något intresse.

Allmänna svenska läkarföreningens förhandlingar.

Styrelsens beslut den 30 mars 1907.

— Anmäldes: Allmänna svenska läkarföreningens förhandlingar för 1906;

Stockholms läkarförenings förhandlingar för 1906.

— Föredrogs från revisorerna, herrar *J. Nyström* och *J. Wærn*, inkommen revisionsberättelse för år 1906, så lydande:

Undertecknade, som i egenskap af revisorer granskat Allmänna svenska läkarföreningens räkenskaper och förvaltning under år 1906, få därom afgifva följande berättelse:

Tolfte Allmänna svenska läkarmötets kassa.

Debet.	Kr. öre	*Kredit.*	Kr. öre
Möteskassans behållning d. 1 jan. 1906	1,008: 82	Tryck	650: —
Sålt exemplar af mötets förhandlingar	3: —	Annonser, porton o. renskrifning	73: 20
		Behållning	288: 62
Summa	1,011: 82	Summa	1,011: 82

Allmänna svenska läkarföreningens dispositionsfond för löpande utgifter.

Debet.	Kr. öre	*Kredit.*	Kr. öre
2 kronor af hvar och en af föreningens 991 medlemmar...	1,982: —	Hyra af exp.-lokal...	800: —
Hyra af Allmänna Svenska Läkartidningen	300: —	Vaktmästare, städning, eldning och belysning	559: 50
D:o af Stockholms läkarförening......	450: —	Utgifter för expeditionen...............	169: 35
Sålt en matta	50: —	Arvoden för sekreterare o. skattmästare	400: —
		Betalt skuld till reservfonden.........	710: 32
		1 års ränta 4 % å d:o	28: 41
		Behållning d. 31 dec. 1906	114: 42
Summa	2,782: —	Summa	2,782: —

Allmänna svenska läkarfonden.

Debet.	Kr. öre	*Kredit.*	Kr. öre
Behållning d. 1 jan. 1906	7,032: 93	Behållning d. 31 dec. 1906	8,386: 88
1 krona af hvar och en af föreningens 991 medlemmar...	991: —		
Ränta å kapitalräkning	362: 95		
Summa	8,386: 88	Summa	8,386: 88

Allmänna svenska läkarföreningens reservfond.

Debet.	Kr. öre	*Kredit.*	Kr. öre
Behållning d. 1 jan. 1906	1,849: 43	Behållning d. 31 dec. 1906	3,025: 20
Dispositionsfondens skuld till fonden inbetald	710: 32		
Ränta å dispositionsfondens skuld ...	28: 41		
Ränta å sparkasseräkning	148: 42		
Behållning från tolfte Allmänna läkarmötet............	288: 62		
Summa	3,025: 20	Summa	3,025: 20

Det tolfte Allmänna svenska läkarmötets räkenskaper, hvilka under året afslutats, utvisa en behållning från mötet af kronor 288: 62. Dispositionsfonden, som sedan 1903 haft skuld till reservfonden, har slutbetalt denna skuld och hade vid årets slut en behållning af kronor 114: 42.

Räkenskaperna äro förda med noggrannhet och utgifterna äro styrkta med vederbörligen attesterade verifikationer. —

Allmänna svenska läkarfonden är placerad å kapitalräkning i Göteborgs bank. Reservfonden (kronor 3,026: 20) och dispositionsfonden (kronor 114: 42) utgörande tillsammans kronor 3,139: 62 äro placerade å sparkasseräkning med kr. 1,970: 96 i Göteborgs bank och med kronor 1,168: 66 i Sundsvalls Enskilda bank.

Styrelsens protokoll, som blifvit genomgångna, hafva ej gifvit anledning till någon erinran från revisorernas sida. Revisorerna få därföre föreslå, att full och tacksam ansvarsfrihet måtte styrelsen beviljas för förvaltningen af Allmänna svenska läkarföreningens angelägenheter under år 1906.

Stockholm den 20 mars 1907.

Jonas Wærn. *J. A. Nyström.*

— Anmälde ordföranden, att revisionsberättelsen, såsom stadgarna i § 8 föreskrifva, delgifvits lokalföreningarnas styrelser.

— Föredrogs, enligt bestämmelsen i stadgarnas § 3, inkomna uppgifter å medlemsantal under år 1906 från

Stockholms	läkarförening	....	241	medl.
Stockholms läns	»	....	22	»
Upplands allmänna	»	....	25	»
Östergötlands	»	....	49	»
Jönköpings läns	»	....	27	»
Kronobergs »	»	....	24	»
Kalmar »	»	....	29	»
Gotlands	»	....	11	»
Malmö	»	....	66	»
Nordvästra Skånes	»	....	40	»
Göteborgs	»	....	63	»
Älfsborgs läns	»	....	36	»
Skaraborgs »	»	....	37	»
Värmlands	»	....	33	»

Västmanland-Närke-Södermanlands läkarförening	81	»
Dalarnes »	29	»
Gästriklands »	20	»
Västerbottens läns »	22	»
Norrbottens »	27	»
Jämtlands och Västernorrlands läns »	66	»
Hälsinglands »	20	»
Blekinge »	24	»
Hallands »	25	»
Summa	1,017	»

— Anmälde skattmästaren, att från samtliga lokalföreningar årsafgifter influtit för de läkare, som under år 1906 tillhört föreningen med följande belopp, nämligen från

Stockholms läkarförening	711	kr.
Stockholms läns »	66	»
Upplands allmänna »	75	»
Östergötlands »	147	»
Jönköpings läns »	81	»
Kronobergs » »	72	»
Kalmar » »	87	»
Gotlands »	33	»
Malmö »	198	»
Nordvästra Skånes »	120	»
Göteborgs »	189	»
Älfsborgs läns »	108	»
Skaraborgs » »	111	»
Värmlands »	99	»
Västmanland-Närke-Södermanlands läkarförening	243	»
Dalarnes »	87	»
Gästriklands »	60	»
Västerbottens läns »	66	»
Norrbottens »	81	»
Jämtlands och Västernorrlands läns »	198	»
Hälsinglands »	60	»
Blekinge »	72	»
Hallands »	75	»
Summa	3,039	»

och skulle i protokollet antecknas, att bristen på motsvarighet mellan medlemsantal och summan af afgifter, hvilka från en del föreningar inlevererats, ägde sin förklaring i det förhållandet, att några läkare voro medlemmar i två föreningar, men att enligt stadgarnas § 3 årsafgift endast skall erläggas från den förening, där medlem utöfvar rösträtt i den allmänna föreningens angelägenheter. Det verkliga antalet betalande medlemmar i Allmänna svenska läkarföreningen utgör 1,013.

Fullmäktiges sammanträde i Stockholm den 9 maj 1907.

Närvarande:

för Allm. sv. läkarföreningen:	prof. *O. Medin.*
	d:r *B. Buhre.*
» Stockholms läkarförening:	regementsläkare *B. Fristedt*
	järnvägsläkare *C. Sundell.*
	öfverläkare *H. Toll.*
	prof. *J. Wærn.*
	med.-rådet *R. A. Wawrinsky.*
» Stockholms läns »	e. prov.-läkare *J. A. Nyström.*
» Upplands allmänna »	prof. *K. Petrén.*
» Östergötlands »	d:r *Hj. Suber.*
» Jönköpings läns »	1:ste prov.-läkare *G. Dovertie.*
» Kronobergs » »	» » *G. Sjödahl.*
» Kalmar » »	» » *C. Sörensson.*
» Gotlands »	» » *Axel Lagerman.*
» Malmö »	regementsläkare *M. Bohmansson.*
	bitr. prov.-läkare *Th. Petrén.*
» Nordvästra Skånes »	regementsläkare *N. G. Samuelson.*
» Göteborgs »	öfverläkare *G. Naumann.*
	d:r *J. Ahlfors.*
» Älfsborgs läns »	1:ste prov.-läkare *Nils Englund.*
» Skaraborgs » »	regem.-läkare *A. H. Christenson.*
» Värmlands »	hospitalsöfverläkare *A. Enwall.*
» Västmanland—Närke —Södermanlands »	stadsläkare *C. Wettergren.*
	» *Hugo Möller.*

» Dalarnes	läkarförening	bitr. prov.-läkare *C. A. Carlson.*
» Gästriklands	»	1:ste prov.-läkare *A. Larson.*
» Västerbottens läns.	»	lasarettsläkare *H. Rödén.*
» Norrbottens	»	1:ste prov.-läkare *F. Block.*
» Jämtlands och Väster-norrlands läns	»	lasarettsläkare *Fr. Kaijser.*
» Hälsinglands	»	järnvägsläkare *A. Lindstein.*
» Blekinge	»	lasarettsläkare *I. Lönnberg.*
» Hallands	»	järnvägsläkare *K. O. Wetterqvist.*

— Utsågos till mötets ordförande prof. *O. Medin,* till vice ordförande medicinalrådet *R. A. Wawrinsky* och till sekreterare d:r *Hj. Forssner.*

— Beslöto fullmäktige på styrelsens hemställan medgifva styrelsen rätt att utanordna penningmedel till sådana åtgärder, som styrelsen för att tillvarataga läkarkårens intressen kunde finna påfordrade.

— Godkändes styrelsens beslut af den 17 april 1906 angående anställandet af åtal mot grosshandlar Wikner.

— Föredrogs förslag till formulär för intyg, rörande sjukkassa tillhörande persons behof af vistelse vid kurort, och beslöto fullmäktige att för sådant intyg fastslå följande lydelse:

»Att N. N., som vid denna dag företagen undersökning befunnits lida af .... för hälsans återvinnande är i trängande behof af ...... veckors behandling vid kurort, intygas.»

— Föredrogs Blekinge läkarförenings framställning om åtgärders vidtagande för att ur nu gällande formulär till intyg angående folkskollärares behof af ledighet för sjukdom få utstrukna orden: »efter anställd omsorgsfull undersökning», hvilka ord måste anses för läkaren nedsättande. Under diskussionen framhölls, att ett stort antal af Kungl. Maj:t och underlydande myndigheter fastställda formulär till läkarintyg kräfde en ändring, och beslöto fullmäktige med anledning häraf att tillsätta en kommitté med uppdrag att utarbeta och för fullmäktige framlägga förslag till dylika intyg. I kommittén invaldes herrar *R. A. Wawrinsky, Hj. Suber* och *C. Sundell.*

— Föredrogs betänkande och förslag af den utaf fullmäktige den 27 augusti 1905 tillsatta kommittén för utredning af läkarnes ställning till sjukkassorna. Fullmäktige beslöto antaga kommitterades punkt 1, »att intet ackord måtte få ingås med sjukkassa», men afslogo öfriga föreslagna punkter.

— Afslogs herr *C. Sundells* förslag om höjning till 3 kronor af arvodet för intyg om arbetsoförmåga till följd af olycksfall.

— Föredrogs herr *C. Sundells* förslag om afskaffandet af s. k. kollektivackord, eller, därest detta icke vunne fullmäktiges bifall, om fastställandet af vissa gemensamma grunder för ingåendet af dylika aftal. Fullmäktige beslöto att med uttalande af sympati för tankegången i förslaget, uppdraga åt styrelsen att inhämta lokalföreningarnas yttrande i frågan och därefter till fullmäktige inkomma med framställning.

Styrelsens beslut den 31 maj 1907.

— Föredrogs skrifvelse från Sveriges sjukkassors centralkommitté, innefattande framställning dels om uppskof med beslut i fråga om bestämmelser angående läkarnes ställning till sjukkassa, dels om samarbete mellan representanter för läkarkåren och för sjukkasseverksamheten i och för träffande af vissa öfverenskommelser, och beslöt styrelsen att i anledning häraf aflåta en skrifvelse till ofvannämda centralkommitté med tillkännagifvande af fullmäktiges den 9 maj 1907 i Stockholm fattade beslut att intet ackord måtte få ingås med sjukkassa samt innehållande meddelande, att hinder icke möter för det ifrågasatta samarbetet under förutsättning att därvid förslag om rubbande af fullmäktiges nyssnämnda beslut icke upptages till behandling.

— Föredrogs från herrar A. Degerstedt, A. N. Fjellström och Gust. Julin i Arvidsjaur gjord framställning om styrelsens åtgärd i anledning af uppkommen svårighet att erhålla lämpliga sökande till e. provinsialläkarbefattningen i Arvidsjaurs distrikt. Förste provinsialläkaren dr. *F. Block,* hvilken anmodats yttra sig i frågan, hade telegrafiskt meddelat att öfverenskommelse träffats mellan Arvidsjaurs kommunalnämnd och

den nuvarande innehafvaren af ifrågavarande e. provinsialläkarbefattningen, och beslöt styrelsen i enlighet med dr. Blocks förslag att låta vid detta bero.

— Fullmäktiges den 9 maj 1907 godkännande af formulär till intyg rörande sjukkassa tillhörig persons behof af vistelse vid kurort, hvarom Nykterhetvännernas allmänna sjuk- och begrafningskassa gjort framställning, skulle delgifvas lokalföreningarna genom cirkulärskrifvelse N:o $^{2}/_{1907}$ så lydande:

»Styrelsen för Allmänna svenska läkarföreningen får härmed underrätta, att föreningens fullmäktige den 9 maj 1907 fastställt formulär till läkarintyg rörande sjukkassa tillhörig persons behof af vistelse vid kurort af följande lydelse:

Att..
hvilken vid denna dag företagen undersökning befunnits lida af..., för hälsans återställande är i trängande behof af .... veckors behandling vid kurort, intygas

— — — — — — — — — — — — — — — — — —

— Beslöts att fullmäktiges beslut den 9 maj 1907 »att intet ackord måtte få ingås med sjukkassa» skulle delgifvas lokalföreningarna genom cirkulärskrifvelse N:o $^{3}/_{1907}$ så lydande:

»Vid sammanträde med Allmänna svenska läkarföreningens fullmäktige i Malmö den 27 augusti 1905 tillsattes en kommitté med uppdrag att i möjligaste mån utreda hela frågan om läkarnes blifvande ställning till sjukkassor och snarast möjligt inkomma med yttrande i ärendet.

I februari 1907 afgaf kommittén sitt betänkande, hvilket undertecknats af herrar *C. Sundell*, Stockholm, *Vilhelm Sjögren*, Södertälje, *C. A. Carlsson*, Falun, *Fritz Kaijser*, Härnösand och *C. V. Lundström*, Stockholm.

Betänkandet, hvilket befordrats till trycket i Läkartidningen N:o 17, 1907, utmynnar i följande förslag:

1) att intet ackord måtte få ingås med sjukkassa;

2) att sjukvård åt sjukkassemedlemmar måtte honoreras efter beräkning per gång enligt provinsialläkartaxan plus andel i ett af hvarje sjukkassa lämnadt, till medlemsantalet proportionellt arvode att efter det utförda arbetets storlek fördelas årligen eller kvartalsvis mellan de läkare, som under det gångna året eller kvartalet behandlat sjukkassans medlemmar;

3) att fördelningen af dessa medel anförtros åt läkarföreningarnas styrelser;

4) att i fråga om sjukvård åt sjukkassemedlemmar principen om fritt läkarval måtte fastslås;

5) att aftal angående sjukvård på inga villkor måtte ske mellan sjukkassa och enskild läkare, utan uppgöras mellan sjukkassa och resp. läkarförenings styrelse;

6) att alla af sjukkassemedlemmar begärda intyg måtte särskildt, oafsedt ersättning för sjukvård, honoreras, nämligen för inträde i sjukkassa med tre (3) kronor; för intyg om arbetsoförmåga på grund af sjukdom, som läkaren nyligen behandlat och för hvars konstaterande sålunda ej undersökning erfordras, med en (1) krona; för dylikt intyg, då särskild undersökning fordras för afgifvande af intyget, med tre (3) kronor; för dylikt intyg, då särskildt besök i den sjukes hem erfordras för intygets afgifvande, ersättning enligt provinsialläkartaxan.

Vid fullmäktiges sammanträde i Stockholm den 9 maj 1907 företogs ärendet till förnyad behandling, och framgick det af den då förda diskussionen, att de af kommitterade i punkterna 2—6 framställda förslagen åtminstone för närvarande icke ansågos böra godkännas, men beslöto fullmäktige, sedan framhållet blifvit, att rubbning i redan ingångna aftal icke afsåges, att, enligt kommitterades förslag i punkt 1, göra det uttalandet: *att intet ackord måtte få ingås med sjukkassa.*

Styrelsen för Allmänna svenska läkarföreningen får härmed äran anhålla, att fullmäktiges ofvanberörda beslut måtte delgifvas Eder förenings medlemmar.

— I anledning af fullmäktiges beslut den 9 maj 1907 att, med uttalande af sympati för tankegången i det af herr C. Sundell väckta förslaget om afskaffandet af s. k. kollektivackord eller, därest detta icke af fullmäktige godkändes, om fastställelse af vissa gemensamma grunder för ingåendet af dylika aftal, uppdraga åt styrelsen att inhämta lokalföreningarnes yttrande i frågan och därefter till fullmäktige inkomma med framställning, beslöt styrelsen att anmoda lokalföreningarna afgifva utlåtande i ärendet genom cirkulärskrifvelse N:o $^{4}/_{1907}$ så lydande:

Vid fullmäktiges sammanträde i Stockholm den 9 maj 1907 behandlades af herr *C. Sundell* väckt förslag:

1) att kollektivackorden småningom måtte afskaffas,

2) att om detta förslag ej vinner fullmäktiges bifall, det måtte bestämmas för kollektivackord en minimitaxa af 3 kronor för ensam person och 7 kronor för familj, där fri medicin ej åtnjutes, samt 4 kronor för ensam person och 8 kr. för familj, där fri medicin åtnjutes,

3) att i skyldigheterna vid kollektivackord ej måtte ingå massage-, elektricitets-, svårare kirurgisk eller annan specialbehandling, biträde vid förlossning, sjukbesök i hemmen på afstånd öfver 2 kilometer, ej heller afgifvande af intyg af hvad slag det vara månde. Särskildt betonades starkt inom kommittén, att afgifvande af intyg aldrig bör få ingå som villkor vid ett kollektivaftal, alldenstund intyg ej alls hafva med sjukvården att göra, utan bereder dem, för hvilka de utskrifvas, ekonomiska fördelar merendels i form af kontant sjukhjälp.

I anledning häraf beslöto fullmäktige, att, med uttalande af sympati för tankegången i förslaget, uppdraga åt Allmänna svenska läkarföreningens styrelse att inhämta lokalföreningarnes yttrande i frågan och därefter till fullmäktige inkomma med framställning.

Med hänvisning till den motivering, som för den gjorda framställningen af herr Sundell anförts och hvilken jämte förslaget befordrats till trycket i Läkartidningen N:o 17, 1907, får Allmänna svenska läkarföreningens styrelse härmed äran anhålla om eder förenings yttrande i frågan.

Medicinalstyrelsens omorganisation.

Frågans behandling i Riksdagen.

Den af oss förut i korthet omnämnda, af d:r Knut Kjellberg den 5 april framlagda motionen angående medicinalstyrelsens omorganisation är af följande lydelse:

I samband med Kungl. Maj:ts denna dag inför Riksdagen framlagda nåd. proposition n:o 141 angående organisation af arméns centrala förvaltningsmyndighet föreslås äfven inrättandet af en ny sjukvårdsstyrelse för armén, enligt hvilket förslag bl. a. den nu till medicinalstyrelsen hörande öfverfältläkaretjänsten skulle öfverflyttas till arméförvaltningen för att där förenas med chefskapet för den föreslagna sjukvårdsstyrelsen, en reform af allra största betydelse för hälso- och sjukvårdsväsendet vid landtförsvaret.

Äfven för medicinalstyrelsens verksamhet får den föreslagna reformen en stor betydelse, därigenom att detta ämbetsverk befrias från ett stort antal ärenden, rörande hälso- och sjukvården vid armén. Emellertid hafva de af Kungl. Maj:t i februari 1905 tillsatta kommitterade för utarbetande af förslag till omorganisation af arméns cenrala förvaltningsmyndighet framhållit, att öfverfältläkarens borttagande

från medicinalstyrelsen otvifvelaktigt medför inrättandet af ett nytt medicinalrådsämbete. Och i medicinalstyrelsens utlåtande öfver kommitéförslaget anföres: »Kommer arméns sjukvårdsstyrelse till stånd, måste öfverfältläkaren oundgängligen ersättas af ett medicinalråd, så att en lämpligare fördelning af ärendena måtte kunna ske mellan ledamöterna och någon lättnad erhållas i de nu öfverhopade rotlarnes arbetsbördor.»

I detta uttalande har alltså medicinalstyrelsen själf lagt i dagen den uppfattningen, att hvad som bör göras för att styrelsen må kunna motsvara de växande kraf, som ställas på densamma, det är att öka ledamöternas antal, och om Kungl. Maj:ts förslag angående ny sjukvårdsstyrelse för armén af Riksdagen bifalles, så är alltså en framställning om inrättandet af ett nytt medicinalrådsämbete att motse. Af denna och många andra, här nedan framställda anledningar, har jag ansett Riksdagens uppmärksamhet redan nu böra fästas på frågan om en genomgående omorganisation af det ämbetsverk, åt hvilket ledningen af vårt medicinalväsende och högsta tillsynen öfver den allmänna hälso- och sjukvården inom riket äro anförtrodda.

Den omfattande och snabbt framåtskridande utveckling, som den medicinska vetenskapens olika grenar visa i vår tid, gör det allt svårare, ja, omöjligt för den enskilde läkaren att förvärfva sig tillräcklig sakkunskap på alla de områden, som i gångna tider kunnat behärskas af en enda. Allmänhetens ökade intresse ej blott för sjukvården utan ock för den allmänna hälsovården har äfven i betydlig grad höjt fordringarna på läkarens kunskaper och skicklighet. Allt detta tvingar helt naturligt till en fortgående differentiering och specialisering bland läkaryrkets utöfvare; hvar och en yrkesutöfvare tvingas att välja ett bestämdt område för att med bortseende från andra så mycket som möjligt göra sig kompetent på det verksamhetsfält han valt.

Om sålunda fordringarna på läkarspecialisten alltjämt ökas inom hans område, så finns det en grupp af läkare, som af omständigheterna tvingas att röra sig på en hel del områden, jag menar då särskildt dem, som i statens eller kommunens tjänst, ofta ensamma inom ett större eller mindre distrikt, icke blott hafva att öfvervaka den allmänna hälsovården, utan äfven måste behandla sjukdomar af de mest skilda slag.

Har således medicinens utveckling i alltjämt stigande grad höjt fordringarna på läkarnas skicklighet, så ha i jämna steg därmed arbetsbördan och mångsidigheten ökats för vår högsta medicinska myndighet.

Det torde väl knappast finnas ett ämbetsverk i vårt land, så öfverhopadt af på en gång olikartade administrativa och rent vetenskapliga uppgifter som medicinalstyrelsen. Tre decennier hafva gått, sedan högsta tillsynen öfver den offentliga hälso- och sjukvården i riket samt handhafvandet af rikets medicinalväsende uppdrogs åt medicinalstyrelsen, och trots uppgifternas ökade antal och deras alltmer olikartade och komplicerade natur, har under dessa trettio åren ingen annan ändring skett i styrelsens sammansättning, än att en veterinärledamot och en öfverinspektör för sinnessjukvården tillkommit. Och bortsedt från veterinärledamoten, består medicinalstyrelsen alltjämt i likhet med sundhetskollegium ända från år 1841 (!) af en ordförande och fyra ledamöter, detta, oaktadt vid sidan af sundhetskollegium fanns en särskild öfverstyrelse för hospitalen, lasaretten och kurhusen, hvars uppdrag med inrättandet af medicinalstyrelsen, ålades denna senare.

Häraf inses, att arbetsbördan icke blott ökats utan motsvarande fördelning af arbetet på flera, utan äfven att mångsidigheten i uppgifterna gör det allt svårare för medicinalstyrelsen att motsvara de

växande kraf, som framkallas såväl af de medicinska vetenskapernas utveckling som af allmänhetens ökade intresse för den allmänna hälsovården.

Fråga kan då uppstå och har — såsom ofvan visats — redan väckts om inrättandet af flera ledamotskap för att därigenom tillgodose de stigande fordringarna på mångsidighet hos styrelsen. Det torde kunna dragas i tvifvelsmål, huruvida ett ökadt antal ledamöter är botemedlet. Härvidlag torde erinras, att den enskilde ledamoten endast föga gör sig gällande äfven inom sitt fackområde, så länge de allra flesta och till med ganska obetydliga ärenden äro föremål för samfällda öfverläggningar och beslut. Skulle emellertid medicinalstyrelsens ledamotsantal ökas och samtidigt dess instruktion ändras därhän, att ordföranden blir allena beslutande efter att ha inhämtat den sakkunnige ledamotens yttrande, så blefve å andra sidan ämbetsverkets chef öfverhopad icke blott af arbete i och för sig, utan med så olikartade ärenden, att det för en person vore omöjligt att ägna tillräckligt öfverinseende öfver dem alla.

Om — såsom är att hoppas — den kollegiala handläggningen inskränkes till minsta möjliga antal ärenden, så bör dock hågkommas, att äfven den mest erfarne och insiktsfulle efter någon kortare eller längre tids ledamotskap i medicinalstyrelsen så småningom förlorar den omedelbara och välbehöfliga kontakten med de praktiska verksamhetsområden, öfver hvilka han har att utöfva tillsyn och afgifva utlåtanden.

Man kan då undra, huruvida styrelsen i många fall icke skulle vara bäst tillgodosedd med friska krafter och nya initiativ, om den vid sidan af sina ständiga ledamöter bland de föredragande kunde utifrån påräkna fackmän, som antingen — utan att fullständigt öfvergifva innehafvande tjänst — under två eller tre år tillhörde styrelsen och därefter återgingo till sitt egentliga verksamhetsfält, eller vid sidan af sin tjänst föredroge vissa bestämda ärenden i styrelsen.

Å andra sidan kan ju tänkas, att en del ärenden öfverflyttas från medicinalstyrelsen till andra myndigheter. Så föreslås ju i den föreliggande kungl. propositionen, hvars antagande skall medföra öfverfältläkarens förflyttande från medicinalstyrelsen till arméförvaltningen. Antagligt är väl, att en del ärenden, som nu torde åligga medicinalstyrelsen, framdeles kunna öfverlåtas till föreståndaren för det af Riksdagen nyligen beslutade medicinskt-bakteriologiska laboratoriet.

En kort historik öfver medicinalstyrelsens och dess föregångares uppkomst och utveckling torde här vara på sin plats.

Genom Kungl. Maj:ts »medicinalordningar» af den 30 oktober 1688 stadfästes de privilegier, som år 1663 tilldelats såväl lifmedici som andra i hufvudstaden praktiserande medicine doktorer, och förordnades, att ett *Collegium regium medicorum* skulle upprättas, bestående af probatis och promotis medicis».

Detta kollegium hade att efter förhör och »examen practicum» meddela rättighet till läkaryrkets utöfvande (utan förfång för universitetens medicinska fakulteter), att tillmötesgå framställningar från magistraterna i de stora städerna om anskaffande af infödde svenska »medici promoti», att hålla uppsikt öfver alla medici i uppstäderna och provinserna, hvilka samtliga skulle vara »collegii membra», att hålla uppsikt öfver apotekare och deras officiner, »chirurgos, okulister, bråck- och stensnidare, kryddkrämare och materialister», att handhafva anatomien och anatomihuset, att, om någon »förgiftig pestilentialisk sjukdom» utbreder sig, förordna tvänne af de yngste medicine doktorer att tillhandagå de sjuka o. s. v.

Collegium medicum var emellertid snarare ett läkarevetenskapligt sällskap än ett ämbetsverk, hvadan under den farsot, som år 1721 härjade i vårt land, en särskild »sundhetskommission» upprättades. Så småningom öfvergingo denna kommissions åliggenden på kollegiet och (genom nya instruktioner 1766, 1774 och 1797) kom detta att få öfverinseende öfver både den civila och militära sjukvården med undantag af serafimerordenslasarettet och hospitalen.

1813 upplöstes collegium medicum och ersattes af kungl. sundhetskollegium, som erhöll sin första instruktion den 6 december 1815. Det nyinrättade kollegiet bestod af en ordförande, tvänne medicinalråd och sex assessorer. Två assessorsbefattningar indrogos redan 1821, de öfriga fyra år 1841, då i stället inrättades tvänne medicinalrådsämbeten utom de båda förut befintliga. Sundhetskollegium tillkom »öfverinseendet och styrelsen öfver allt det, som angår sundetstillståndet samt läkarvården och sjukskötseln såväl hos rikets inbyggare i allmänhet som vid krigsmakten till lands och sjös i freds- och krigstid», likväl med undantag af serafimerlasarettet, hospitalen, länslasaretten, barnhusen och kurhusen.

Barnhus och hospital stodo nämligen sedan 1756 under en öfverstyrelse, hvars ledamöter först utsågos af Rikets Ständer och sedermera (efter 1766) utnämndes af Kungl. Maj:t. Några år senare uppdrogs i stället åt tvänne serafimerriddare att bestrida denna öfverstyrelse, därvid (från 1776) biträdda af en förordnad generaldirektör öfver lasaretten i riket.

Tio år därefter utfärdades instruktion för »serafimerordensgillet» att vara öfverstyrelse för barnhusen, hospitalen och lasaretten, och år 1860 lämnades säte och stämma i detta »gille» åt generaldirektören öfver länens lasarett och kurhus samt hospitalen i riket.

Då sundhetskollegium år 1877 ombildades till medicinalstyrelsen, hade året förut till detsamma öfverlåtits dels att »vara öfverstyrelse för hospitalen», dels att utse lämplig person att verkställa de inspektioner, som dittills ålegat generaldirektören öfver hospitalen. Genom instruktionen af den 2 november 1877 förblef ledamöternas antal alltjämt fyra, men ordföranden skulle numera benämnas generaldirektör och en ledamot öfverfältläkare, hvarjämte äfven sjukvården vid lasaretten och kurhusen underordnades medicinalstyrelsen.

Den nu gällande instruktionen är af den 31 december 1900; genom denna ökades ledamöternas antal med en, som skall vara legitimerad veterinär, hvarjämte några mindre betydande ändringar i arbetssätt m. m. stadgades. Därjämte finnes sedan 1899 en öfverinspektör för sinnessjukvården i riket med instruktion i hospitalsstadgan af 1901. Angående marinöfverläkaren och hans ställning till medicinalstyrelsen är instruktion af Kungl. Maj:t utfärdad den 28 november 1902.

I afseende å medicinalstyrelsens nuvarande sammansättning och befattning samt densamma åliggande ärenden hänvisas till §§ 1, 3, 4—15, hvilka såsom utdrag ur nu gällande instruktion bifogats motionen, (bil. A).

* * *

Tanken på en särskild öfverstyrelse för hospitalen torde icke vara främmande för den, som iakttagit, hur i samband med de senare årens omfattande nybyggnader och utvidgningar inom hospitalsområdet förvaltningen af denna växande organisation blifvit allt vidlyftigare, icke blott i administrativt, utan äfven i rent affärshänseende. En sådan öfverstyrelse borde öfvertaga de ärenden, som för närvarande inom

medicinalstyrelsen handläggas af ett medicinalråd och af öfverinspektören för sinnessjukvården.

De rättsmedicinska ärenden, som handläggas i medicinalstyrelsen, på hvars utlåtande så mången medborgares frihet, ära och lif äro beroende, fordra sin alldeles speciella sakkunskap. Under nuvarande förhållanden händer det stundom icke blott, att den sakkunnige föredraganden blir ensam om sin mening vid ett utlåtande från landets på detta område högsta myndighet, utan det har äfven händt, att denna den sakkunniges särskilda mening icke ens reservationsvis kommit till vederbörande domstols kännedom. I detta afseende ber jag få hänvisa till bifogade utdrag ur ämbetsberättelse för 1906, afgifven af öfverinspektören för sinnessjukvården (bil. B).

I afseende på de rättsmedicinska ärenden, som icke angå sinnesbeskaffenhet, borde dessa öfverlämnas till en kommission, bestående af professorn i rätts- och statsmedicin vid Karolinska institutet, rättskemisten och (vid behof) en tredje af dem tillkallad sakkunnig.

Hvad beträffar sådana ärenden, som angå sinnesbeskaffenhet, borde äfven dessa handläggas af en särskild kommission, bestående af öfverinspektören för sinnessjukvården och e. o. professorerna i psykiatri vid Uppsala universitet och Karolinska institutet, eller af den förstnämnde jämte den andra ledamoten i den ofvan berörda hospitalsöfverstyrelsen samt en tredje, af dem (vid behof) tillkallad sakkunnig.

Veterinärärenden hafva alltid handlagts inom medicinalstyrelsen, sedan 1901 års ingång på föredragning af ett särskildt medicinalråd, som endast deltager i öfverläggningar rörande veterinärväsendet och medicinalstyrelsens arbetsordning, organisation och befordringar inom verket. Äfven inom veterinärområdet fortgår en alltjämt ökad tillämpning af vetenskapliga forskningsresultat på praktiska områden. Att veterinärväsendet fordrar en högsta myndighet är själfklart, däremot torde det vara tvifvelaktigt, huruvida denna bör vara förlagd till medicinalstyrelsen. Snarare synes denna böra därifrån befrias och dessa ärenden öfverföras till en särskild veterinärdirektör. De militära veterinärfrågorna skulle ju enligt Kungl. Maj:ts ofvannämnda förslag handläggas inom den tilltänkta sjukvårdsstyrelsen för armén.

Tänker man sig nu de ofvan relaterade ärenden öfverförda från medicinalstyrelsen, så skulle af den nuvarande styrelsens ledamöter endast återstå generaldirektören och tvänne medicinalråd, hvaraf det ena skulle handlägga och föredraga ärenden rörande områdena för provinsial- och stadsläkares samt hälsovårdsnämnders verksamhet, skyddskoppympningen och epidemisjukvården, det andra apoteksärenden samt ärenden rörande sjukstugor, kuranstalter, tandläkare och sjukgymnaster, hvarjämte de ärenden, som i öfrigt komma att tillhöra eller passera medicinalstyrelsen, borde fördelas mellan dessa båda ledamöter, och slutligen borde generaldirektören bli allena beslutande i de flesta ärenden. Lämpligt torde väl vara, att en sålunda förändrad medicinalstyrelse alltjämt blir den sammanhållande institutionen mellan domstolar och administrativa myndigheter å ena sidan och sådana styrelser och kommissioner, som här ofvan blifvit antydda.

Utom de tre nyssnämnda »fasta» ledamöter i medicinalstyrelsen skulle kunna tänkas några »rörliga» föredragande. En del apoteksärenden borde sålunda föredragas af en »apoteksinspektör»; på särskildt förordnande har under senare år rättskemisten årligen utfört medicinalstyrelsen åliggande apoteksinspektioner. Hvad lasarettsväsendet beträffar, borde det uppdragas åt en ordinarie lasaretts- (eller sjukhus-) läkare att för ett, två à tre år vara öfverinspektör för lasaretts-

vården i riket och inspektera lasaretten och därmed jämförliga sjukvårdsinrättningar. Barnmorskeväsendet torde äga sin naturliga målsman i läraren vid barnmorskeundervisningsanstalten i Stockholm. De båda nämnda inspektörerna och ifrågavarande barnmorskelärare borde handlägga och inför generaldirektören föredraga ärenden, som röra deras områden, och vid dylika frågors behandling inom styrelsen i plenum därstädes äga säte och stämma. Så borde väl äfven bli förhållandet med föreståndaren vid det medicinskt-bakteriologiska laboratoriet i frågor, som röra sig inom hans område.

Hvad beträffar de statsutgifter, som skulle nödvändiggöras vid en genomgripande omorganisation af nu antydd art, bör nämnas följande. Det nuvarande öfverfältläkarämbetet öfverföres till arméförvaltningen; det medicinalråd, som nu föredrager hospitalsärenden, bildar tillsammans med öfverinspektören för sinnessjukvården öfverstyrelsen för rikets hospital, inom hvilken böra finnas en föredragande arkitekt (liksom medicinalstyrelsen nu har en biträdande, icke föredragande arkitekt) samt en föredragande öfverrevisor. Behofvet af denna sistnämnde torde ligga i öppen dag efter de brister, som under sista tiden visat sig rörande kontrollen öfver den ekonomiska förvaltningen vid tvänne af rikets hospital. Det medicinalråd, som nu föredrager veterinärärenden, öfvergår till veterinärdirektör med nära anslutning till landtbruksstyrelsen. De båda rättsmedicinska och rättspsykiatriska kommissionernas ledamöter äro redan förut anställda i statens tjänst, likaså apoteksinspektören samt föredraganden för barnmorskeärenden och föreståndaren för det medicinskt-bakteriologiska laboratoriet.

Helt nya tjänster äro bland de nu antydda endast öfverinspektören för lasarettsvården i riket och öfverrevisorn inom hospitalsöfverstyrelsen.

Ofvanstående gör icke anspråk på att vara annat än ett utkast, grundadt på ett flerårigt intresse för och studium af det organisatoriska i vårt medicinalväsende. Naturligtvis äro åsikterna lika delade angående sättet för en omorganisation af medicinalstyrelsen som de äro odelade i fråga om behofvet af en omorganisation.

De befordringsfrågor, som höra till medicinalstyrelsens handläggning, har jag icke vidrört, men vill blott nämna, att, då styrelsen sedan länge i fråga om anmälning till erhållande af apoteksprivilegier användt sig af apotekarsocietetens direktion såsom sakkunnig institution, så torde det kunna tänkas, att styrelsen i framtiden — åtminstone vid vissa slag af läkarbefordringar — komme att hänvända sig till särskilda sakkunniga.

Det torde ju vara klart, att ett ämbetsverks arbetsprodukt icke uteslutande är beroende af arbets*krafterna*, vare sig deras antal eller deras intensitet. Man behöfver icke länge ha iakttagit arbets*sättet* inom det ena eller andra ämbetsverket för att inse, hvilken oerhörd och numera nästan allmänt erkänd betydelse arbetsmetoderna äga i fråga om besparing af arbetstid och arbetskrafter eller — kanske snarare — i fråga om tidens och krafternas förnuftiga utnyttjande. Det mångskrifveri och den omständighet, som äfven inom andra, äldre ämbetsverk torde vidlåda ärendenas behandling, äro måhända icke särskildt betecknande för medicinalstyrelsen, men något bör dock sägas därom.

Vid plenisammanträdena, som äga rum hvarannan dag klockan 11—3, åtgår en à en och en half timme till uppläsning och justering af protokollet öfver näst föregående sammanträde med tillhörande, utgå-

ende skrifvelser. Hvad de senare beträffar, har hvarje koncept dessförinnan — efter noggrann kollationering å kansliet — genomlästs af dragande ledamoten, som nu får tillfälle att på nytt i sällskap med styrelsens samtliga ledamöter genomgå detsamma. Förordnanden af extra och vikarierande läkare (till ett antal af mer än 600 under sistlidet år), af vikarierande apoteksföreståndare (också i ett rikligt antal) m. m. föredragas vid plenisammanträdena och föranleda omfattande protokoll och talrika koncepter. Tryckta formulär till ifyllning för olika slag af ideligen återkommande skrifvelser förekomma icke, hvarje exemplar måste(?) hand- eller maskinskrifvas i sin helhet. Om förefintligheten af dubbla och tredubbla diarier, om ett skrifveri, som om tid och krafter oinskränkt stode till disposition, skall jag icke uppehålla mig, då jag hufvudsakligen afsett det styrelsens ledamöter åliggande arbetet.

Det är alltså enligt min mening icke genom ökning af ledamotsantalet, som vårt lands högsta medicinska myndighet skall bli bättre rustad att bära de arbetsbördor, som alltjämt påläggas henne, utan genom en grundlig omdaning af arbetssättet. Till en sådan omdaning hör i första rummet icke blott upphörandet af den kollegiala handläggningen af alla slags ärenden utan äfven en genomgående rekonstruktion af den nuvarande medicinalstyrelsen.

Då — såsom ofvan anförts — de praktiskt medicinska vetenskapernas snabba utveckling och deras alltjämt stigande sociala betydelse samt vårt medicinalväsendes år efter år ökade omfattning ställa allt större kraf på den myndighet, som utöfvar högsta tillsynen öfver den allmänna hälso- och sjukvården, och då dessa kraf inom kort skola nå en sådan höjd, att medicinalstyrelsen i sin nuvarande gestalt och med sitt nuvarande arbetssätt icke kan motsvara dem, så får jag vördsamt hemställa,

att Riksdagen ville i skrifvelse till Kungl. Maj:t anhålla, det täcktes Kungl. Maj:t låta verkställa utredning angående medicinalstyrelsens tidsenliga omorganisation samt för Rikgdagen framlägga de förslag, hvartill utredningen kan föranleda.

Motionens bilagor.

(Bil. A. uteslutes här; den innehåller endast de §§ i styrelsens nu gällande instruktion, som afse styrelsens åligganden. Bil. B. innehåller utdrag ur öfverinspektören, med.-rådet Schuldheis' ämbetsberättelse för år 1906 och lyder sålunda:)

— —

Då det åligger mig att biträda medicinalstyrelsen vid handläggning bland annat af rättsmedicinska frågor rörande sinnesbeskaffenhet torde jag äfven äga befogenhet att här yttra några ord om det nu brukliga tillvägagåendet vid dessa frågors afgörande i styrelsen. Att detta är i principiellt hänseende oriktigt och praktiskt sedt olämpligt har jag länge varit öfvertygad om, och anser mig icke längre böra underlåta att för medicinalstyrelsen närmare utveckla grunderna för denna min öfvertygelse.

Den direkta anledningen till att jag nu för denna fråga på tal är några reflexioner i en uppsats om »Straffrätt och psykiatri» af professor B. Gadelius (Allm. Sv. Läkartidningen 1906 sid. 97 och 113), hvari han, bland annat, yttrar att den kollegiala handläggningen af rättsmedicinska

frågor rörande sinnesbeskaffenhet kan medföra, att saken afgöres genom en icke sakkunnig majoritets votum, hvilket »innebär en beständig risk och osäkerhet med afseende på vederhäftigheten och värdet af medicinalstyrelsens domar beträffande tillräknelighet», äfvensom att »den erfarenhet, som inom medicinalstyrelsen vunnits beträffande dessa ärenden, talar sålunda mer än tydligt därför att behandlingen af dessa viktiga ärenden bör från de öfriga skiljas och anförtros åt en fullt sakkunnig institution.»

— — — — — — — — — — — — — — — — — — — —

Jag är i allo ense med professor Gadelius i hans nu relaterade uttalanden, men har på grund af min större personliga erfarenhet om arbetssättet i medicinalstyrelsen ännu något att tillägga.

Att det rättsmedicinska bedömandet af sinnesbeskaffenhet ytterst bör grunda sig på en tillförlitlig klinisk diagnos af den möjligen föreliggande psykiska sjukdomen eller defekten lär väl icke med framgång kunna bestridas. Lika litet kan det förnekas, att medicinalstyrelsens medlemmar, med undantag af referenten för hospitalsärenden, icke rimligen kunna förutsättas äga nödig kompetens med afseende å diagnosen af ifrågavarande lidanden.

Anledningen till att en eller annan, stundom flertalet inom styrelsen icke kan ansluta sig till referentens mening i dessa frågor är äfven, enligt min erfarenhet, den, att de stundom icke ens till namnet och ofta föga mer än till namnet känna den sjukdom, som är i fråga, eller ock att förekomsten eller saknaden af vissa mera i ögonen fallande symtom tillmätas en väsentlig, stundom afgörande betydelse, ehuru de i själfva verket äro af ringa eller ingen vikt för diagnosen.

I följd häraf kan det inträffa, att meningar afvikande från referentens göra sig gällande i sådana fall, där ingen rimlig anledning därtill kunnat af referenten förutses, dels ock lika öfverraskande hända, att i de för referenten själf tvifvelaktiga fallen, hvilka i en verkligt sakkunnig församling väl kunnat vara ägnade att framkalla meningsbrytningar, referentens mening utan diskussion vinner enhällig anslutning.

Denna sistnämnda sida af saken, som innebär att referenten vid tvifvelaktiga falls afgörande saknar stöd af annan sakkunnig inom styrelsen, är det ingalunda minst betänkliga med den nuvarande ordningen för här ifrågavarande ärendens handläggning.

I hvilket fall som helst lämnar denna ordning rum för ett osäkerhetstillstånd, som från rättskipningens synpunkt måste anses ganska betänkligt och som näppeligen kan afhjälpas på annat sätt än därigenom, att afgörandet af rättsmedicinska frågor rörande sinnesbeskaffenheten undantages omröstning inom medicinalstyrelsen.»

— — — — — — — — — — — — — — — — — — — —

Andra kammaren hänvisade motionen till sitt tillfälliga utskott n:r 2, som genom regeringen infordrade medicinalstyrelsens yttrande såväl rörande de meddelanden, som i motionen antydts angående arbetssättet inom styrelsen, som öfver de i densamma angifna reformförslagen. Den 8 maj erhöll utskottet det begärda yttrandet, i hvilket medicinalstyrelsen enhälligt tillbakavisar de i motionen framställda anmärkningarna angående styrelsens nuvarande organisation och arbetssätt samt till ett minimum reducerar behofvet af de antydda reformerna. Styrelsen förklarar vidare att någon särskild utredning icke behöfves och

att den »allt fortfarande vill söka att af egen drift göra hvad på henne ankommer för nödiga och nyttiga förenklingars genomförande».

För styrelsens yttrande, som (utom bilagor) i riksdagstrycket fyller 20 sidor (motionen utom bilagor fyller 8), borde naturligtvis plats beredas i denna tidning, men då detta icke kan gå för sig utan att tillfälle samtidigt beredes till närmare granskning af berörda yttrande, så måste detsamma af utrymmesskäl uteslutas.

Trots medicinalstyrelsens yttrande förklarade vederbörande utskott såsom sin mening, att »både motionären och styrelsen i vissa delar konstatera förefintligheten af anmärkningsvärda bristfälligheter och att såväl detta förhållande som de olika uppfattningarna hos motionären och medicinalstyrelsen äro ägnade att styrka behofvet af en utredning från opartiskt och kompetent håll», hvadan utskottet hemställde, »att Andra kammaren för sin del ville besluta, att Riksdagen måtte, med hufvudsakligt bifall till motionärens yrkande i skrifvelse till Kungl. Maj:t anhålla, att Kungl. Maj:t täcktes låta verkställa utredning angående behofvet af medicinalstyrelsens omorganisation samt för Riksdagen framlägga de förslag, hvartill utredningen kan föranleda».

Tre reservanter inom utskottet (herrar Zimdahl, Hazén och Magnusson i Salstad) anmälde afvikande mening och ansågo att motionen ej borde föranleda någon åtgärd. — Med.-rådet Wawrinsky, utskottets ordinarie ordförande, hade låtit anteckna det han icke deltagit i ärendets slutliga behandling inom utskottet.

Den 27 maj förekom ärendet i andra kammaren, som, sedan herr Zimdahl talat för reservationen och herr Lindh i Gäfle försvarat utskottets uttalande, med 98 röster mot 76 biföll utskottets hemställan, som därefter öfversändes till medkammaren, hvars tillfälliga utskott n:r 2 den 31 maj afgaf sitt utlåtande, enligt hvilket utskottet fann »den väckta frågan fordra en mera ingående pröfning än hvad utskottet kan ägna åt densamma under den korta tid af riksdagen, som ännu återstår före dess afslutande, hvilket förhållande utskottet härigenom får för Första kammaren anmäla». Kammaren lade den gjorda anmälan till handlingarna, och därmed var frågan fallen *vid denna Riksdag.*

Den ifrågasatta omorganisationen af militärläkarekåren.

Militärläkarebanan och förhållandena inom militärläkarekåren hafva på senare tid lifligt diskuterats. De fleste torde vara så tämligen på det klara med, att det *inte* »är bra som det är».

Från min speciella synpunkt har det alltid tett sig som den bekymmersammaste sidan af de nuvarande förhållandena, att den kirurgiska fackkunskapen och praktiskt kirurgiska skickligheten inom militärläkarekåren varit och är så svagt representerad, och att densamma just på grund af den nuvarande organisationen knappast kunde vara och häller icke kan blifva bättre. För kirurgisk fackskicklighet fordras, som bekant, icke blott speciel utbildning till kirurg, kirurgisk skola, utan äfven tillfälle allt framgent till fortsatt daglig öfning, alltså kirurgisk verksamhet, och det är detta senare, som i fredstid icke står våra militärläkare till buds i ens nämnvärd grad. Detta gör, att, då man försöker tänka sig, huru förhållandena skulle ställa sig i händelse af krig med vården af våra svårt sårade krigare, man icke kan undgå att erfara en beklämmande känsla.

De militärhygieniska anordningarna, sjuktransportväsendet o. s. v. må utvecklas huru mycket som helst och fungera så väl som helst — om icke nödig kirurgisk skicklighet och rutin finnes för att rätt bedöma och riktigt behandla sårskadorna — så brister ju dock det centrala eller åtminstone en del af det centrala i fältsjukvården.

För några år sedan, då dessa frågor voro under diskussion i den allmänna tidningspressen, har jag i en artikel i Göteborgs Handelstidning uttalat mig i frågan och framhållit det trängande behofvet af reservkirurger för armén och flottan i fält och nödvändigheten för den skull af ett ordnadt samarbete med de civila sjukhusen och dess kirurger. Intet har sedan dess mellankommit, som kunnat ändra min uppfattning i denna fråga.

För mig och säkert för alla dem, som tänka ungefär lika med mig, har därför den af d:na *Grundberg och Kjellberg* vid årets riksdag väckta motionen kommit som ett förlösande ord i frågan, särskildt genom den däri föreslagna anslutningen till de civila sjukhusen och dess underläkarkår.

Jag skall icke tilltro mig att uttala något omdöme om de gjorda organisationsförslagen i öfriga delar, men i fråga om den här berörda punkten, anslutningen till de civila sjukhusen och dess läkare, tilltror jag mig såsom flerårig sjukhusläkare

vid olika sjukhus och som landstingsman att kunna yttra mig med någon sakkunskap såväl om nyttan af en sådan anslutning som ock om dess praktiska utförbarhet, och jag skall därvidlag helt kort och godt uttala min obetingade anslutning till motionens syfte; jag känner mig viss såväl om förslagets utförbarhet som om den stora nytta det skulle medföra. Och det var endast för att uttala detta, som jag här tagit till orda.

Lund 10 juni 1907.

Jacques Borelius.

(*Insändt.*)

Protest.

Programmet för 13:de allmänna svenska läkaremötet i Sundsvall instundande sommar upptager bland annat en gemensam festmiddag à 15 kronor för herre och 12 kronor för dam. Det är beklagligt, att dylika festmiddagar ännu fördragas å ett läkaremötes program. Ty det höga måltidspriset torde väl bebåda spritdrycker (viner m. m.) i långa banor.

Oafsedt att flertalet nutida svenske läkare — på grund af höga vederbörandes undervärdering af deras arbete och yrke — saknar råd och alltså rätt ur ekonomisk synpunkt att bortslösa sina slantar på dylik onytta, är det ur etisk synpunkt oförsvarligt, att Sveriges läkarekår föregår allmänheten med ett så dåligt exempel som pokulerandet innebär.

Så länge festmåltider med spirituosa ingå i programmen för våra stora ambulerande läkaremöten, hvilka väl också böra verka utåt missionerande och på hvilka allmänhetens uppmärksamhet är starkt riktad, så länge förblifva de läkare, som följt med sin tid i alkoholfrågan och därför predika absolutismens evangelium för friska och sjuka, »en ropande röst i öknen».

Äfven icke helnyktre läkare torde numera ha öppen blick för supsedens och kalasandets fördömlighet; må då deras ansvarskänsla drifva dem att inrätta sitt lif i öfverensstämmelse med sin välgrundade lära! I vår tid och bland våra dagars läkare borde sannerligen följande gamla maxim sakna all kurs: »när *jag* dricker är det rätt, men icke när *du* dricker».

Förvissad om mina många meningsfränders instämmanden, nedlägger jag härmed i all kollegialitet en allvarlig protest mot dessa läkare-festmiddagar, hvilka i sanning högligen skada kårens auktoritet.

Rättvik den 25 maj 1907.

And. Lindwall.

Hvarjehanda notiser.

Nationalföreningens sanatoriestipendier. Herrar kollegers uppmärksamhet fästes på en i dagens nummer förekommande annons om ett ledigförklaradt stipendium för dem, som vilja under augusti—september idka studier vid Österåsens sanatorium.

Malmö läkarförening sammanträdde till årshögtid den 30 maj. Funktionärer utsågos för nästk. arbetsåret, hvarvid till ordförande valdes d:r Th. Petrén, Malmö, till vice ordförande d:r Pfannenstill, Malmö; till sekreterare återvaldes d:r E. Björling. Öfriga styrelsemedlemmar blefvo d:rerna Bauer och Bohmansson, med. d:rerna Fredricson och Sörman som suppleanter. Till medlemmar i förtroendenämnden återvaldes d:r Bohmansson, Fornmark och Gren med d:rerna Björling och Körner som suppleanter. Revisorer blefvo d:rerna Malmström och Wallén med d:r Pripp som suppleant, hvarjämte d:r P. Bergman valdes till klubbmästare. Afgående ordf. d:r Harald Sörman höll föredrag öfver ämnet: Är en förändring af gällande föreskrifter rörande de epidemiska sjukdomarnas bekämpande på landsbygden önskvärd?

Kronobergs läns läkarförening hade sammanträde i Växiö den 31 maj, hvarvid d:r E. Lauritzen höll föredrag: »Några ord om sinnessjukas samhällsvådlighet». D:r Ch. Lundberg demonstrerade 2 bröder om 8 och 10 år resp. lidande af Dystrophia musculorum. D:r G. Sjödahl meddelade besluten från Allm. Svenska Läkarföreningens fullmäktiges sammanträde i Stockholm den 9 maj.

Läkarföreningen beslöt att biträda fullmäktiges beslut att ej antaga några nya ackord med sjukkassor. — Efter förhandlingarna intogs gemensam middag.

E. provinsialläkarbefattningen i Arvidsjaur. D:r Skarin har återtagit sin ansökan till nämnda befattning innan utnämningen ägde rum.

Offentliga underrättelser.

Ledliga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n: [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes; [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Prov.-läk.-tj:n i Eskilstuna distr.[1])	15 juni.
Stadsläk.-tj:n i Trosa (ansökan, ställd till stadsfullmäktige, inlämnas hos magistraten)	15 juni.
Sex underläk.-tj:r v. allm. garnisonssjukhuset[2])	15 juni.
En bat.-läk.-tj. v. Dalreg:tet[1])	20 juni.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Jönköping (löneförmåner: 1,800 kr. jämte fri bostad, och kost eller 600 kr. i kostpenningar)	21 juni.
Extra prov.-läk.-tj:n i Östervåla distr.[2]) (ledigförklarad för tiden t. o. m. 1910; distr. omfattar Nora, Östervåla och Harbo socknar af Västmanlands län med läkarstation och medikamentsförråd i närheten af Östervåla kyrka; distr.-invånarantal d. 1 jan. 05: 8,241; lön: 2,000 kr.)	27 juni.
Extra prov.-läk.-tj:n i Hammerdals distr.[2]) ledigförklarad grund af ny femårsperiod)	29 juni.
Extra prov.-läk.-tj:n i Fiskebäckskils distr. (se annons i n:r 23 och 24)	30 juni.

Stadsläk.-tj:n i Åmål (ansökan, ställd till stadsfullmäktige, inlämnas hos magistraten)	4 juli.
En civil läk.-stip.-befattn.[2])	5 juli.
Andre underläk.-tj:n v. lasarettet i Gäfle[3]) (ånyo ledigförklarad; se Läk.-tidn. n:r 19—21)	5 juli.
Andre stadsläk.-tj:n i Landskrona, (ansökan, ställd till stadsfullmäktige, inlämnas hos magistraten)	5 juli.
En underläk.-tj. vid Vänersborgs hosp. o. asyls kvinnoafd.[3])	8 juli.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Hörby[1]) (årlig pensionsafgift 800 kr.)	8 juli.
Apoteket i Trosa[1]) (årlig pensionsafgift 200 kr.)	8 juli.

Af vederbörande myndigheter antagna:

Till ex. prov.-läk. i Grönskåra distr. (t. o. m. 1909): lic. *Elof Nilsson.*

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Andre stadsläk. i Landskrona m. m. *C. J. Lembke* (31 juli).

Af Med-styr:n upprättade förslag:

Till *las.-läk.-tj:n i Visby:* E. Salén, E. Feltström, W. Forssell.

Sökande:

Till *las.-läk.-tj:n i Visby* (i ordn. efter tj:år): las.-läkarna Montell i Haparanda, Salén i Luleå och Reuterskiöld i Borgholm, t. f. las.-läk. Feltström i Visby och las.-läk. Forssell i Hudiksvall.

Till *ex. prov.-läk.-tj:n i Lima distr.:* lic:rna N. A. Ahlberg, G. Brand, O. F. F. Lindemalm, N. T. T. Munktell, A. N. Pihlström och V. Sterner.

Till en *marinläk.-tj. af 2:a graden:* marinläk.-stip. G. Liljenroth.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

D:r *J. Cronquist* t. f. bitr. prov.-läk. i Malmö distr. 13 juni—12 juli (t).
Kand. *G. Hallgren* t. f. prov.-läk. i Enköpings distr. 10 juli—8 aug. (s).
2:e stadsläk. *A. de Maré* t. f. prov.-läk. i Strängnäs distr. 20 juni—19 juli (s).
Lic. *H. Hoffstedt* t. f. ex. prov.-läk. i Älfdalens distr. 16 juni—3 juli (t).
Lic. *Hj. Svensson* t. f. ex. prov.-läk. i Hvetlanda distr. 8 juni—5 sept. (t).
Lic. *O. Mathsson* t. f. 1:e stadsläk. i Kristinehamn 16 juni—15 juli (t).
Kand. *M. J. J. Ljungdahl* t. f. prov.-läk. i Nordmalings distr. 8 juli—6 aug. (s).
Kand. *Aug. Norberg* t. f. bitr. hosp.-läk. i Lund 25 juni—24 juli (t).
Järnv.-läk. *K. Börjeson* t. f. prov.-läk. i Katrineholms distr. (v).
Reg:tsläk. *J. W. Bergman* t. f. prov.-läk. i Eksjö distr. 2—31 juli (s).
F. d. las.-läk. *J. Wallmark* t. f. las.-läk. i Örnsköldsvik 5 juni—4 juli (t).
Bitr. prov.-läk. *H. Lundgren* t. f. 1:e prov.-läk. i Kronobergs län och prov.-läk. i Växjö distr. 12 juli—10 aug. (s).
Lic. *E. Elmqvist* t. f. 1:e stadsläk. i Borås 17 juni—29 juli (s).
Bitr. prov.-läk. *T. Petrén* t. f. 1:e prov.-läk. i Malmöhus län och prov.-läk. i Malmö distr. 19 juli—17 aug. (s).

Lic. *S. Jungmarker* t. f. prov.-läk. i Falköpings distr. 14—28 juni (s).
Lic. *J. Wahlström* t. f. stadsläk. i Uppsala 10 juni 21 juli (s).
Fältläk.-stip. *A. Bill* ex. läk. v. Svea ing.-kår 15 juni—19 aug.
Fältläk.-stip. *O. W. Knaust* ex. läk. v. Göta ing.-kår 25 juni—18 aug.
Kand. *Y. Tegnér* t. f. las.-underläk. i Växjö 8 juni—7 juli (s).
Kand. *A. Beckander* t. f. las.-läk. i Kisa 24 juni—18 juli (t).
Kand. *M. Lundbladh* t. f. asylläk. i Uppsala 1—31 juli (t).

Öfversikt af sammandragen af epidemirapporter

för halfva månaden 1—15 maj 1907.

	Städer.					Landsbygd.				
	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa
Stockholm	1	29	58	—	88	—	—	—	—	—
Stockholms län	—	—	—	—	—	—	8	12	—	20
Uppsala	2	—	1	—	3	—	—	13	—	13
Södermanlands	—	—	—	—	—	—	3	7	—	10
Östergötlands	1	1	3	—	5	5	5	10	—	20
Jönköpings	—	1	21	—	22	—	6	24	—	30
Kronobergs	—	—	—	—	—	—	9	12	—	21
Kalmar	3	—	17	—	20	—	11	19	—	30
Gotlands	—	1	—	—	1	—	2	—	—	2
Blekinge	—	—	5	—	5	—	1	10	—	11
Kristianstads	—	—	4	—	4	1	4	42	—	47
Malmöhus	10	2	24	—	36	3	4	61	—	68
Hallands	1	—	12	—	13	—	—	12	—	12
Göteborg	2	6	11	—	19	—	—	—	—	—
Göteborgs o. Bohus	—	—	—	—	—	1	5	5	—	11
Älfsborgs	1	—	—	—	1	1	4	19	—	24
Skaraborgs	5	—	—	—	5	7	—	4	—	11
Värmlands	—	2	1	—	3	—	—	7	—	7
Örebro	—	—	—	—	—	1	7	4	—	12
Västmanlands	—	—	—	—	—	—	2	7	—	9
Kopparbergs	—	—	—	—	—	1	10	5	—	16
Gäfleborgs	1	1	—	—	2	1	14	2	—	17
Västernorrlands	—	2	5	—	7	4	1	8	—	13
Jämtlands	—	7	1	—	8	—	1	—	—	1
Västerbottens	—	—	—	—	—	—	4	1	4	9
Norrbottens	—	—	—	—	—	—	1	8	—	9
Summa	27	52	163	—	242	25	102	292	4	423

Summa sjukdomsfall i hela riket: nervfeber 52, skarlakansfeber 154, difteri 455, rödsot 4. — *Mässlingepidemier* i Växjö, Lenhofda, Klippans och Molkoms distr. samt i Vänersborgs stad.

Rättelse.

Epidemirapporten å sid. 384 är daterad 1—15 April, skall vara 16—30 April.

Stockholm, Svenska Boktryckeri-Aktiebolaget, 1907.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 21 juni 1907.

4:e årg. | Redaktion: Knut Kjellberg och Hjalmar Forssner. | N:o 25.

Innehåll: Andrew Alfvén: Om förbättrad själfhjälp inom läkarkåren. — J. Konow: Sjuktransportvagnar på statsbanorna. — Referat. — Insändt. — Fältläkarkårens omorganisation. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser. — Epidemiöfversikt.

Om förbättrad själfhjälp inom läkarkåren.

Af

Andrew Alfvén.

I. Läkarkårens ekonomiska ställning.

Förra våren beslöt Svenska provinsialläkareföreningens styrelse att af landets prov.- och extra prov.-läkare inhämta några uppgifter, afseende att belysa kårens ställning i ekonomiskt hänseende. Ett frågecirkulär utsändes, hvarpå de erhållna svaren bearbetades af d:r Brorström, som på föreningens möte i augusti 1906 framlade resultatet[1]).

Medelårsinkomsten af lön och praktik tillsammans befanns för 103 prov.-läkare vara 7,135 kronor och för 139 e. provinsialläkare 6,339 kronor. Inkomsten varierade mellan 2,800 och 15,925 kronor. Studiekostnaderna beräknades i genomsnitt till 18,000 kronor, studieskulderna till c. 13,500 kronor. 219 läkare ha besvarat frågan, vid hvilken ålder de blifvit eller tror sig blifva befriade från studieskulder. Af dessa uppgifva 14, att utsikt ej finnes för dem att någonsin blifva skuldfria, 13 anse det ovisst, 5 förlägga tidpunkten till en aflägsen framtid. 20 ha blifvit skuldfria genom lyckliga tillfälligheter. 99 blefvo skuldfria vid i genomsnitt 41 års ålder (skuldsumman i genomsnitt 10,620 kronor). 69 läkare

---

[1]) Carl Dahlborg: Provinsialläkareföreningen 1881—1905. — Svenska Prov.-läkarföreningens cirkulär; oktober 1906.

(med 15,562 kronors skuld) tro sig bli skuldfria vid i genomsnitt 51 års ålder.

Af 242 läkare, som lämnat upplysning om sin ekonomiska ställning, torde enligt d:r Brorström vid pass två tredjedelar ha haft en oskäligt liten inkomst och en femtedel har lefvat i nöd eller under bekymmersamma omständigheter.

Frågan, om de på studier och tjänst nedlagda kostnaderna lönat sig, lämnas af 39 obesvarad, 48 svara ett bestämdt ja (en obetvinglig optimist är dock efter 23 års verksamhet ännu ej skuldfri), 17 skrifva tveksamt jakande, 109 bestämdt nej och 34 luta åt samma håll — alltså 65 öfvervägande jakande och 143 öfvervägande nekande.

»Från affärssynpunkt sedt, måste alltså prov.-läkarbanan anses som en mycket dålig bana.»

Angående det ekonomiska tillståndet inom andra kategorier af läkarkåren äro mig veterligt inga undersökningar gjorda under senare tid. Däremot har doktor A. Widstrand gjort en sammanställning af Stockholmsläkarnes deklarerade inkomster år 1905, hvilken han ställt till mitt förfogande. Enligt densamma hafva 50 % uppgifvit öfver 10,000 kronors inkomst, 12 % mellan 10,000 och 8,000 och 28 % under 8,000 kronors inkomst. Om 10 % (mest nybörjande kamrater) finnas inga uppgifter. Af dessa uppgifter framgår — såsom för öfrigt var att vänta — att ett ganska stort antal läkare måste antagas befinna sig i en osäker ekonomisk belägenhet, där dödsfall eller obotlig invaliditet ofelbart måste medföra tillstånd af nöd för familjen och ev. för dem själfva.

I detta tillstånd befinna sig emellertid ej enbart de yngsta årsklasserna. Af 112 läkare, som finnas upptagna i 1896 års förteckning, ha fortfarande år 1906 28 % under 10,000 kr. och 13 % under 8,000 kronor i deklarerad inkomst.

Bjärtast visar sig kårens dåliga ekonomi i det stora antalet sökande till Sv. läkarsällskapets kassor och det påtagliga armod, hvarom flertalet ansökningshandlingar vittna. — I nämdens protokoll för år 1906 finnas 77 hjälpsökande antecknade. Egen inkomst uppgifva 41, af hvilka fyra lefva på sitt arbete (en har inackorderingar, hvarpå äfven en minderårig son skall lefva, och en annan försörjer sina tre barn med en folkskolelärarinnas knappa lön). — Af de öfriga 37 inkomstägarna hade en 1,250 kr. i inkomst, för de öfriga växlade inkomsten mellan 25 och 900 kr. Bland dessa ägde fyra tre barn hvardera att uppfostra med en resp. inkomst af 850, 825, 400 och 300 kronor, och en 85 års änka med en vanför dotter hade 640 kronor att lefva på. Fem sökande uppgifva ej sin ålder; af de öfriga 36 äro 24 öfver 50 år.

Trettiosex af de sökande synas icke hafva någon egen inkomst. Åtta af dessa uppgifva ej sin ålder; af de öfriga äro blott tre under 50 år. Af dessa tre är en genom sjuklighet oförmögen att försörja sig, och en annan har i sitt armod tre barn att uppfostra.

Sällskapets kassor äro tyvärr alldeles oförmögna att verksamt afhjälpa denna nöd. Det största bidraget, 500 kr., lämnades åt en kollega, utblottad och för lifstiden fullt oförmögen till arbete. Dessutom lämnades ett bidrag à 300 kronor, åtta à 250, tolf à 200, trettiotre à 150, femton à 100 och två à 70 kronor. Fem ansökningar kunde ej bifallas.

Det torde ej kunna vara någon tvekan om läkarkårens moraliska skyldighet att söka förebygga detta kroniska tillstånd af nöd och att verksammare än nu inskrida mot den nöd, som ej kan förebyggas. Åtskilliga försök i denna riktning hafva äfven gjorts i Sverige liksom i flera andra länder. Doktor C. Dahlborg, som länge intresserat sig för frågan, har i Läkartidningen förra året lämnat redogörelse för tidigare försök i Sverige (n:r 8) samt för själfhjälpsorganisationerna i Norge (n:r 39) och i Danmark (n:r 44). I n:r 4 af samma årgång meddelade doktor E. Fjellander om »De Schweiziska läkarnes sjukkassa». I Eira 1903 s. 42 finnas uppgifter om »Extra och biträdande prov.-läkarnes ömsesidighetsförening».

Undertecknad har erhållit underrättelser om läkarnes själfhjälpsförsök i England (ännu ej utarbetadt för referat) samt — i andra hand — angående

New-York Physicians Mutual Aid Association.

»Alla läkare inom New-York stat ha bildat en förening, som vid dödsfall taxerar hvarje medlem en dollar. Inom två dagar får den aflidnes maka 1,000 dollars, icke mer och icke mindre, lika för alla. Det kostar dem ungefär 18 dollars per år. Om de ha stort öfverskott i kassan, tas det från denna, och de behöfva ej betala något. Någon sjukhjälpsförening ha de ej.» Föreningen lämnar alltså en ytterst ofullständig hjälp och arbetar med en praktiskt och teoretiskt utdömd metod.

I Berlin ha vi en landsman, doktor Erik Ekgren, som efter i Tyskland aflagda medicinska examina visat en liflig skriftställarverksamhet på Senators och v. Leydens kliniker. Jag har haft särskild anledning nämna honom, då han torde kunna vara till stor nytta för svenska läkare, som besöka Berlin. Efter åtskilligt besvär från hans sida har jag lyckats erhålla noggranna underrättelser om en understödskassa, som synes mig vara af särskildt stort intresse, nämligen

Die Unterstützungskasse der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin.

Enligt kungl. förordning af år 1887 inrättades i Preussen för läkarkåren ett ombudskap i hvarje provins. Dylik »*läkarkammare*» har att dryfta frågor, som beröra läkarkallet, allmän hälsovård eller ståndsintressen. Den är befogad att rikta yrkanden och förslag till provinsens myndigheter, och dessa skola i lämpliga fall, särskildt inom området för allmän hälsovård, gifva kammaren tillfälle att yttra sig. Hvarje läkarkammare är befogad att af de valberättigade läkarne uttaga ett af densamma fastställdt belopp för att täcka sitt kassabehof, hvilket belopp skall godkännas af kammarens öfverpresident. Af kassan bestrides ej blott förvaltningskostnader o. d. utan äfven »öfriga af läkarkammaren beslutna utgifter för läkarkårens angelägenheter».

Läkarkammaren för provinsen Brandenburg och stadskretsen Berlin hade redan 1895 påpekat som en ståndsförpliktelse och alltså äfven en skyldighet för kammaren att bättre än förut bispringa läkare, som råkat i nöd, och läkares efterlämnade samt äfven att organisera omsorgen. En då vald kommission fick i uppdrag att bearbeta försäkrings- och understödsväsendet för läkare, särskildt med hänsyn till möjligheten af en enhetlig organisation.

Från år 1900 bestod denna kommission af kuratorierna för samtliga inom distriktet verksamma *understödskassor*, och äfven »*Försäkringskassan* för Tysklands läkare» var där företrädd. Där insåg man snart, att ett *försäkringstvång* för närvarande till följd af de höga årsbidragen (några hundra mark per medlem äfven i de lägre försäkringsklasserna) och till följd af den bristande betalningsförmågan hos många kolleger vore omöjligt att genomföra.

Vid ett sammanträde i december 1901 framlade sanitetsrådet Davidsohn följande förslag för grundandet af en understödskassa:

En skatt af 10 M. lämnas af alla valberättigade läkare inom kretsen; de af läkarne, som hafva en inkomst af öfver 3,000 Mark (gränsen bestämdes sedan till 5,000 M.), betala dessutom en summa, motsvarande vissa af kammaren fastställda procent af inkomstskatten (hvilken liksom i Sverige är progressiv).

Enligt ett andra förslag skulle bidraget utgå blott med en viss procent af skatten till staten. — Enligt ett tredje förslag skulle dylikt bidrag uttagas blott af dem, som hafva en beskattningsbar inkomst af mer än 3,000 M. — En fjärde förslagsställare, som tydligen tillhörde de ekonomiskt bättre lottade, ville hafva ett bidrag af 20 M. per medlem utan hänsyn till inkomsten.

Kammaren beslöt att antaga det förstnämnda förslaget med i hufvudsak följande bestämmelser:

Kassan skall i fall af behof understöda läkare inom området samt deras efterlefvande. — Valberättigade läkare, som 3 år betalt afgift och deras efterlefvande (barn till 18 år), som ej äga förmögenhet eller andra inkomster i tillräcklig mån eller som icke eller blott otillräckligt kunna sörja för sitt underhåll, erhålla ett understöd i *förhållande till fastställdt behof och tillgängliga medel:* Anspråk på understöd kan ej göras rättsligt gällande.

Läkare och läkarföreningar, hvilka till kassan skänka minst 300 M., uppföras i listor och berättelser (äfven efter döden) under betäckning »immerwährende Mitglieden». Denna titel kan äfven köpas för död läkare.

Kassans ordinarie inkomster äro de af läkarkammaren årligen lämnade bidragen. Den del af dessa, som ej användts för året, samt

ev. donationer samlas till en reservfond, som blott vid trängande behof får röras. Till reservfonden skall årligen öfverföras minst 20 % af de ordinarie inkomsterna. — Då reservfonden uppgått till trefaldiga höjden af den första ordinarie årsinkomsten (150,000 M.), bildas af öfverskotten en järnfond. Då järnfonden vuxit till 10 faldiga beloppet af första årsinkomsten(500,000 M.), skall försäkringstekniskt undersökas, om och när medlen räcka till, en allmän försäkring för änkor och barn samt mot invaliditet. Ända till utförande af denna plan kunna de till kammarområdet hörande läkarne, som försäkra sig hos försäkringsbolag, få sina premier helt och hållet eller delvis betalda ur kassan.

Förvaltningen och ledningen står under uppsikt af kammaren och dess styrelse och ombestyres närmast af:

1) Ett kuratorium på nio medlemmar, af hvilken tvänne representera ett par donationsfonder, hvilka inkomster gå till understödskassan;

2) tre pröfningsutskott (för Berlin, Potsdam och Frankfurt a. d. Oder med resp. områden) à fem medlemmar, af hvilka minst en tillhör kuratoriet. Medlemmarna (med ett par undantag) väljas af kammaren för en valperiod.

Kuratoriet har förvaltningen af understödskassan och donationerna. Pröfningsutskotten ha att underhålla förbindelserna med de hjälpsökande, att pröfva ansökningarna, att bevilja understöd o. d. Hvarje utskott skall ha 500 M. tillhands för trängande behof. — Ansökningarna måste förnyas hvarje år.

Ur första årsberättelsen (1902):

Af kammarens inkomster[1]) öfverfördes 50,000 M. (nära $^2/_3$) till kassan. — Om möjligt anskaffas arbetstillfällen åt arbetsvilliga läkare — invalider och åt efterlefvande (de senare genom en läkarfru). De högsta understöden i Berlin till läkare höjdes redan första året från 400 à 500 M. till 600 à 700 M.; för änkor från 400 M. till 500 M. Sammanlagdt utgåfvos c. 29,000 M. — Förvaltningskostnaderna gingo upp till 264 M.

»Det bästa sättet att i handling visa kollegialitet, består däri, att man barmhärtigt och hjälpande står vid sidan af de i nöd råkade kamraterna och deras efterlämnade. Vi hafva med summor af 500, 600 och 700 M. undanröjt många svåra sorger och mången olycka och åter upprättat mången existens — det är dock ett vackert resultat... Vi bemöda oss, att icke den behöfvande läkaren skall behöfva hemfalla åt den offentliga fattigvården och dess följder. Äfven skall ingen läkare af nöd drifvas att handla ohederligt. Så bidraga vi, att läkarkåren och dess anseende skola hållas högt», skrifver Davidsohn.

Ur tredje årsberättelsen (1904):

En kollega kunde med kassans hjälp inkomma på sanatorium, två sändes till södern etc. Kassan söker för sina skyddslingar erhålla prisnedsättningar på privata sjukanstalter. Två åldriga kolleger med godt anseende tilldelades 1,200 M. hvardera som pension. Utgifterna stego till c. 37,000 M. Högsta bidraget till läkare var 1,300 M., till änka 800 M.

---

[1]) (10 M. per medlem + en summa motsvarande 5 % af inkomstskatten).

Ur fjärde årsberättelsen (1905):

Af »Immerwährende Mitglieder» finnas 63 döda och 27 lefvande (däraf 10 föreningar), hvilka tillsammans alltså skänkt minst 30,000 M. — En sjuk läkare och en änka erhålla bidrag till betalande af lifförsäkringspremier. — »De efterlefvande änkorna och döttrarna, äfven om de för öfrigt äro arbetsdugliga, stå dock dåligt utrustade för lifvet; de besitta väl genomsnittsbildning, men att försörja sig äro de alls ej dugliga eller åtminstone ej förrän efter lång tid och stora kostnader.» — Detta sakförhållande, som naturligtvis har sin motsvarighet hos oss, tycks enligt årsredogörelserna hafva beredt kuratoriet åtskilligt hufvudbry och resultatlösa omkostnader.

Förslag till lösning.

Styrelsen för Allm. Sv. Läkarföreningen har uppdragit åt sakkunnig person att till sommarens möte framlägga förslag om ordnandet af en sjukkassa. Och vi hafva alltså god förhoppning att denna för läkarkåren mycket viktiga fråga då blir ordnad.

Men därvid kan det icke få stanna. Det torde ej vara något tvifvel om att de andra försäkringsformerna ej fått den tillslutning inom kåren, som önskligt vore. Möjligen skulle mycken nöd i framtiden förekommas, om inom kåren funnes en ständigt verksam organisation härför. En dylik skulle kunna ordnas i form af en försäkringsagentur eller möjligen i form af ett försäkringsbolag med återförsäkring af hela försäkringsbeloppen. Enligt försäkran af en erfaren person skulle sistnämnda anordning blifva mycket billig. Denna organisation skulle som inkomst icke blott hafva anskaffningsprovisionen och den årliga provision, som agenterna få af de försäkringar, som hållas vid lif, utan möjligen äfven ersättningen för läkarundersökningar m. m. Vid första påseende kunde det synas lockande, att svenska läkarkåren bildade ett eget försäkringsbolag för olika försäkringsformer med ändamål att tillförsäkra sig hela vinsten. Denna möjlighet är dock — åtminstone för närvarande — fullt utesluten, bland annat genom de i följd af kårens ringa numerär alltför stora riskerna.

Äfven med ordnandet af nämnda försäkringsverksamhet är dock ej allan rättfärdighet uppfylld. Kåren bör ej längre undandraga sig sina skyldigheter mot de kolleger, som blifvit oförmögna till arbete, och mot de aflidna kamraternas änkor och barn. Frågan är utan tvifvel svår att ordna, men säkerligen ej olöslig. I Brandenburg äro läkarna så nöjda med sin understödskassa, att vi väl skulle kunna försöka gå en liknande väg. Största svårigheten ligger naturligtvis i att Allm. Svenska Läkarföreningen ej liksom Preussiska läkarkamrarne

har lagstadgad rättighet att af kårens medlemmar upptaga skatt för sina behof. En dylik rättighet måste vi omedelbart försöka erhålla. Detta skattetvång torde ej kunna anses som annat än en utveckling af det försäkringstvång, som finns inom ett flertal kårer inom vårt land (t. ex. inom apotekarkåren), ett skattetvång, som väl kan motiveras med läkarkårens säregna förhållanden.

Under tiden få vi försöka ordna saken på frivillighetens väg, och säkerligen kunna vi — blott frågan rätt bedrifves — räkna på en ganska allmän tillslutning.

Sjuktransportvagnar på statsbanorna.

Ett olämpligt system.

Af J. Konow.

Åtta sådana vagnar hafva beställts till lika stort antal hos Atlas' och hos Göteborgs mekaniska verkstad och två af dessa vagnar äro redan levererade; de hafva afgått till Tomteboda för att vid därvarande järnvägsverkstad under en läkares öfverinseende utrustas med nödigt sjukvårdsmaterial.

Genast må erinras om att långt före detta sjuktransportvagnar funnits på statens banor, ett förhållande, som emellertid så godt som helt och hållet fallit i glömska. För åtskilliga år sedan fingo vi sex sådana vagnar utplacerade på statsbanorna vid de större stationerna, men användningen af dem har varit synnerligen minimal. Systemet att till allmänhetens tjänst stationera några sjuktransportvagnar här och hvar på vårt vidlyftiga järnvägsnät är nämligen helt och hållet förkastligt isynnerhet i vårt land med dess öfverhufvud taget glesa befolkning samt långa afstånd mellan bebodda platser.

Hellre än att förlora en mycket dyrbar tid på att afvakta rekvisitionen och ankomsten af en sjukvagn, har man tagit sin tillflykt till att å första tåg lägga in de sjuka eller skadade personerna i hvilken järnvägsvagn som helst, och så har tillvaron af de nämnda sex järnvägsvagnarna, afsedda för sjukvården, naturligt nog helt och hållit sjunkit ned i glömskans natt åtminstone bland den stora allmänheten. Vår kungl. järnvägsstyrelse kan väl också ej gärna påstå, att berörda anordningar för sjukvården varit praktiska.

Behofvet att *snabbt* transportera svårt sjuka och skadade personer till närmaste sjukhus är mycket ofta särdeles stort. Kirurgien har, som bekant, gjort jättelika framsteg under de

sista decennierna, men det gäller i så många fall att patienten ej kommer för sent fram till operation eller till behandling af en svår skada. Genom tidsförlusten kan ju annars lätt hända att patienten råkar ut för t. ex. brand i tarmen, utbredd varig bukhinneinflammation, farliga blödningar eller svår sårfeber, och döden är hotande eller oundviklig. Utvecklingen af vårt transportväsen å järnvägarna bör, när det gäller våra lidande medmänniskor, hålla jämna steg med kirurgiens storartade uppsving; det krafvet på våra järnvägar får man naturligtvis ej gå ifrån. Då kunna tydligen talrika människolif räddas, som annars gå förlorade.

Frågan om en underlättad transport af svårt sjuka och skadade på statens banor bragtes på tal i riksdagen år 1905 af ledamoten i andra kammaren kontraktsprosten K. L. Johansson, som påyrkade en skrifvelse till k. m:t med begäran om utredning. Resultatet af detta påyrkande hafva vi nu sett: järnvägsstyrelsen fortsätter beklagligen med ett system, som åtminstone i de största delarna af vårt land måste anses oanvändbart i ett stort antal sjukdomsfall.

I stället för de 6 gamla sjukvagnarna få vi nu 8 nya; moderna äro de visserligen, men stationerade blifva de beklagligen på fruktansvärdt stora afstånd från hvarandra, nämligen en å hvarje af följande platser: Boden, Bräcke, Krylbo, Stockholms Central, Hallsberg, Göteborg, Nässjö och Malmö. Som synes äro afstånden mellan de på olika stationer utplanterade sjukvagnarna så stora att man med sådana anordningar måste öfvergifva hvarje tanke på en någorlunda tillfredsställande sjuktransport på statsbanorna.

En sjuk, som bor i en trakt fjärran från den station, där en sådan sjukvagn är placerad, måste efter sin anmälan få vänta på vagnen kanske ett dygn eller mer. Patienten skall ligga på en förtviflad jakt efter en sådan vagn. Vid många sjukdomsfall eller svåra kroppsskador blir en dylik lång väntan ödesdiger, i det att utsikterna bokstafligen försämras för hvarje timme som går. Sjukdomens art nödvändiggör ej sällan ett operativt ingrepp utan större tidsutdräkt såsom vid inklämda bråck, blindtarmsinflammation, akut bukhinneinflammation, mag- eller tarmsår (uclus ventriculi s. duoden) med bristning, utomkvedshafvandeskap med bristning eller hotande allmäninfektion

Som synes är det af kungl. järnvägsstyrelsen anordnade transportväsendet för svårt skadade och sjuka föga effektivt. Annorlunda gestalta sig förhållandena vid en del af våra lifligt framåtsträfvande privatbanor, främst Uppsala—Gäfle och Gäfle—Dala järnvägar.

Där finnes inga *stationerade* sjukvagnar utan i stället *rör-*

ligt sjukvårdsmaterial, nämligen sjukkupéer å de dagliga snälltågen; här behöfver ej patienten jaga efter sjukvagnen; vagnarna med sjukkupéer jaga i stället efter patienterna, om man så får uttrycka sig. Dessa sistnämnda vagnar liksom rensa hela den ifrågavarande järnvägssträckan på hjälpbehöfvande patienter. Här utnyttjas vårt transportväsen på ett mera fullständigt och rationellt sätt; här hyllas den principen fullt ut: järnvägarna äro till för männskligheten.

Belåtenheten härmed är också stor, och sjukkupéerna användas i afsevärd utsträckning. Vi få komma ihåg, att transporten af sjuka och skadade till sjukhusen har blifvit ansenlig under de sista tiotalen af år på grund af kirurgiens stora utveckling och allmänhetens ökade förtroende härför. Hvar och en torde utan vidare inse, hvilket transportväsen för omförmälda patienter är bäst, statsbanornas eller de anförda privatjärnvägarnas. Lasarettsläkaren dr Per Söderbaum har pekat ut den rätta vägen; kungl. järnvägsstyrelsen går åt annat håll.

De nya åtta sjuktransportvagnarna, vackra boggievagnar, kosta hvardera 12,630 kr. eller något öfver 100,000 kr. tillsammans. Betänk, hvilken otymplig anordning: vid transporten af en eller kanske ett par patienter skall en hel boggievagn rekvireras!

Man behöfver ej vara profet för att förutspå, att den nya, präktiga vagnparken, afsedd för sjukvården, kommer trots de billiga biljettprisen till liten eller ingen användning åtminstone i fredstid.

De åtta nya sjuktransportvagnarna komma att tillbringa en lika fridfull tillvaro som de sex gamla — requiescant in pace!

Referat.

Dind (Lausanne): ***Le coaltar, mode d'application, résultats therapeutiques.*** (Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft; Neunter Kongress, gehalten zu Bern 12—14 Sept. 1906. Pag. 377).

Förf. påpekar först den stora betydelsen inom dermatoterapien af tjärpreparaten i allmänhet och enligt hans mening framför allt af stenkolstjäran (*Pyroleum Lithantracis*). Han har sedan länge, dels på sjukhus, dels i privat praxis användt ren stenkolstjära (d. v. s. utan alla tillsatser). I början säger han sig ha varit mycket försiktig på grund af den retande verkan, som tjära (isynnerhet af vegetabiliskt ursprung) i allmänhet eljes ofta medför, men sedan, då dylik retning ej visade sig,

använde han ren stenkolstjära i allt större utsträckning i allt flere former af hudsjukdomar, speciellt ekzem. Han applicerar tjäran i ett tunnt lager medelst en glasstaf eller träpinne, hårdt omvirad i ena ändan med lite charpiebomull. Tjäran torkar in mer eller mindre hastigt allt efter den behandlade hudytans beskaffenhet; vill man påskynda intorkningen, kan man pudra med talk och lätt aftorka densamma med charpiebomull. Något förband är ej behöfligt, och i alla händelser bör impermeabelt dylikt undvikas. Förf. påpekar, att det nya i hans metod ej ligger i användningen af stenkolstjära, hvilken ju äfven flera andra dermatologer gifva företrädet framför trätjäror, utan i applikationssättet, i det att han använder tjäran utan alla tillsatser (æther, sprit, aceton o. d). Han säger sig, trots det att han användt densamma i så växlande fall och t. o. m. på mycket stora hudytor, icke ha observerat någon retning, knappast ens uteblifven verkan (»je n'ai enregistré aucun inconvenient, je pourrais presque dire aucun insuccés»).

Det är hufvudsakligen vid olika former af ekzem, som förf. användt stenkolstjäran: kroniska, subakuta, ja, t. o. m., ehuru mindre ofta, akuta. Bland de kroniska nämner han speciellt de kroniska ekzemen i palma manus och planta pedis och yrkesekzemen på händerna, de kroniska ekzemen på underbenen, på scrotum och i analtrakten; bland mera envisa ekzemformer vidare de vanliga barnekzemen i ansiktet och capillitium (»mjölkskorf») samt de kroniska ekzemen bakom öronen. Ej ens komplikation med staphylococcus-infektion (folliculiter) vid dessa ekzem utgör kontraindikation, snarare tvärt om. Klådan lindras påfallande hastigt, och tjäran synes genom sin dekongestionerande verkan påskynda epidermisbildningen. Äfven vid lichen (Vidal) och den postscabiösa ekzematisationen har förf. fått goda resultat med sin tjärbehandling.

Huru ofta och huru länge tjäran bör appliceras, beror naturligtvis på fallens beskaffenhet; kroniska fall med förtjockning af epidermis och fjällning tåla och fordra intensivare behandling än mera akuta fall, isynnerhet vid lokalisation på mera fina och känsliga hudpartier. När man ej låter tjäran falla af utaf sig själf, utan önskar aflägsna den, sker detta bäst medelst sprit (eller benzin: ref.).

När förf. velat använda salva, har han med fördel begagnat sig af följande formel:

Pyroleum Lithantracis	10
Sol. Hydratis calcici	20
Lanolin	30
Vaselin	40

(Ref., som sedan några månader användt denna behandlingsmetod med oblandad stenkolstjära, kan i allo bestyrka förf:s erfarenhet. I många fall får man rent af förvånande goda resultat, äfven då tjära i annan form slagit fel eller retat. Särskildt har ref. vid några fall af de vanliga, envisa infantila ansiktsekzemen [»crux medicorum»] sett mycket goda resultat af denna behandling, i det att klådan hastigt lindrats, och behandlingen därigenom kunnat ske utan den eljest nästan alltid nödvändiga, besvärliga ansiktsmasken.)

Afzelius.

(Insändt.)

Till Läkartidningens redaktion!

I n:o 15 af Läkartidningen förekommer under rubrik: »Från Riksdagen. Pensionsvillkor för provinsialläkare», ett meddelande, tydligen skrifvet af redaktionen, däri följande läses: Såsom vi förut framhållit meddelade dagspressen redan i januari den nya pensionslagens föreskrifter rörande bl. a. provinsialläkarne.

Med anledning häraf ber jag få fråga: Hade det ej varit redaktionens skyldighet att genast uti Läkartidningen intaga detta pensionsförslag i hvad det angår läkare eller har redaktionen glömt hvad som står i tidningens anmälan, där det så vackert heter: Tidningens första uppgift skall blifva att behandla spörsmål rörande de svenska läkarnes sociala, vetenskapliga och *ekonomiska intressen* samt deras ställning till allmänheten och till hvarandra. *Särskild uppmärksamhet skall ägnas åt tjänsteläkarens ställning till kommunala och andra myndigheter.*

Mer skulle kunna anföras. Redaktionens uraktlåtenhet att införa pensionsförslaget visar, att många för tjänsteläkaren viktiga frågor ej inflyta i tidningen, och blir då frågan hvad nytta vi hafva af ett organ, som ej håller hvad det i sin anmälan anger som sin första uppgift.

Vindeln 14 april 1907.

John Krahé,
e. provinsialläkare.

Svar till d:r Krahé.

Att redaktionen icke i tid meddelade ordalagen beträffande provinsialläkare i den nya pensionslagen beror på, att densamma — liksom så många i saken mer intresserade — förbisåg betydelsen af den nya formuleringen i tanke att den föreslagna ökningen i tjänstår motsvarades af ett fördelaktigare räknesätt i afseende på tjänstgöringstid såsom extra prov.-läkare, en uppfattning så mycket naturligare, som Riksdagen 1904 endast i afvaktan på den nya pensionslagen afslagit en framställning i den riktningen.

Att, såsom också framhölls under riksdagsdebatten angående den nya pensionslagen, missuppfattning på många håll gjort sig gällande i fråga om tolkningen af orden »27 tjänsteår» grundar sig bl. a. dels därpå att reglementet för civilstatens pensionsinrättning (stadfäst så sent som den 23 nov. 1888) förskrifver att extra provinsialläkare vid vunnen

befordran till provinsialläkare äger att mot retroaktiv afgifts erläggande för pension räkna sig till godo tjänstetiden såsom extra prov.-läkare (hvilket ord betecknar något helt annat där än i de f. o. m. 31 okt. 1890 utgifna författningarna), dels därpå att orden »däraf 20 år såsom prov.-läkare» strukits i den nya lagen.

Läkartidningens fel i denna fråga är således det, att dess redaktörer ej varit mer skarpsinniga än t. ex. provinsialläkarföreningens egen styrelse och än en hel mängd kolleger, som genom dagspressen hade sig det omtalade förslagets ordalydelse bekant. För sakens skull beklaga vi detta djupt, men kunna ej finna att detta fel berättigar till ett uppträdande à la herr Krahé.

Läkarnas intressen äro så mångskiftande, att det visat sig nödvändigt för dem att uppdela sig i talrika specialkårer, för att deras angelägenheter skola kunna bli väl tillvaratagna. Under sådana förhållanden borde det vara klart för hvarje tänkande människa, att med de af hr Krahé citerade delarne af Läkartidningens första anmälan icke har afsetts, att redaktionen åtoge sig att vara en slags försyn, af hvilken man ägde rätt att begära, att den ensam skulle vaka öfver kårens alla frågor, under det att alla andra ansågo sig berättigade att sofva. Något sådant torde icke rimligtvis kunna begäras af någon redaktion, ej ens den mest allsidigt sammansatta, långt mindre af den nu angripna, ty om herr Krahé till redaktionen räknar de ärade kolleger, hvilkas namn såsom medverkande pryda Läkartidningens omslag, är detta oriktigt.

Att herr Krahés barnsliga uppfattning om »redaktionens skyldighet» ej delas af för saken alldeles särskildt intresserade kolleger, framgår af den skrifvelse, som en af redaktörerna haft glädjen mottaga från Svenska provinsialläkarföreningens styrelse med erkännande af hvad han gjort för denna sak.

En för kåren viktig fråga har fått en olycklig lösning till följd af bristande uppmärksamhet, det är ett beklagligt faktum. Detta torde dock kunna ändras och något liknande för framtiden undvikas, om vi *alla* känna oss ha del i ansvaret för kårens intressen, men knappt om flera skulle träda fram, två sina händer och i myndiga ordalag kåra några att vaka för de öfriga.

Läkartidningens redaktion.

(Insändt.)

Fältläkarekårens omorganisation.

Enligt hvad undertecknad kunnat inhämta, är det Kjellbergska förslaget omfattadt med sympatier af en stor del af våra militärläkare, framförallt af de yngre. Enligt min och mångas mening innebär motionen så beaktansvärda uppslag till en förbättring af vår militära sjukvård, att det vore beklagligt, om icke förslaget i sina hufvudpunkter kunde komma till användning. Säkert är emellertid, att förslaget också har sina bestämda motståndare och att dessa utan svårighet skola vara i stånd att påvisa en del brister i detsamma.

För att kunna åstadkomma en afsevärd majoritet och en verkligt effektiv opinionsyttring i frågan, blir det därför nödvändigt att man, både vid den kommande diskussionen vid årsmötet och i de skrifvelser, som skola inlämnas till resp. militära chefer, undviker att i onödan ge sig in på omtvistade detaljfrågor, som, i sig själfva oväsentliga, likväl kunna ge sken af att »vi icke veta hvad vi vilja», och att man i stället

koncentrerar sig på några vissa hufvudpunkter, som utgöra själfva kärnan i förslaget. Det kan naturligtvis icke heller ha varit vederbörandes mening, när de tillgrepo den ovanliga åtgärden att låta hela kåren få uttala sig i frågan, att hvar och en skulle komma med ett detaljeradt förslag, utan att helt enkelt få besked om förslaget ansågs användbart eller ej.

På uppmaning af flera kolleger tillåter jag mig därför att här framlägga de hufvudpunkter, kring hvilka anhängare till en omorganisation i förslagets anda kunna samla sig utan att binda sig vid detaljerna. Dessa äro:

1. Antalet af i fredstid anställda militärläkare reduceras efter behofvet på resp. garnisonsorter. Den ökade tjänstgöring, som blir en följd häraf, måste motsvaras af högre lön och grad.

2. Särskilda fördelningsläkare-tjänster inrättas.

3. Behofvet af läkare i öfrigt — för inskrifningar, repetitions- och fälttjänstöfningar o. d. samt vid mobilisering — tillgodoses *dels* genom läkare med *fastställd kortare* tjänstgöring och däremot svarande lön, *dels* genom läkare i reserven och *dels* af läkare i värnepliktsoch landstormsålder, som genom särskild utbildning under värnplikten gjorts dugliga därtill.

4. För *vård å sjukhus* böra kontrakt med de civila sjukhusen, i enl. med motionen, göras öfverallt *där så ske kan.* (Af militära skäl kunna näml. garnisonssjukhus icke undvaras inom våra fästningar, Boden och Karlsborg; likaså torde ett garnisonssjukhus i Stockholm vara nödvändigt som centrum för vår mil.-sjukvård och för utbildning och undervisning m. m.)

5. Yngre militärläkare böra i största möjliga mån beredas tillfälle till anställning vid kliniker och sjukhus; vid civila sjukhus, som äro inrättade äfven för militär sjukvård, *skall* en militärläkare vara anställd.

De, som uppriktigt önska en tidsenlig reform af vår mil.-sjukvård, böra i dessa få punkter kunna finna åtminstone den riktning, i hvilken utvecklingen bör gå, och en opinionsyttring af detta slag är också f. n. den enda af värde, emedan flertalet af oss omöjligt kan vara i stånd att bedöma utförbarheten af förslagets olika delar, om hvilka därför en strid tillsvidare skulle blifva resultatlös och endast gagna förslagets fiender. Vårt första mål blifve därför att samla en stadig majoritet kring dessa hufvudpunkter, på hvilka sedan kan byggas vidare.

Slutligen tillåter jag mig meddela de hrr kolleger, som blifvit ålagda att inkomma med sina svar redan till den 1 juli, att uppskof därmed till den 15 juli säkerligen beviljas af regementscheferna, som själfva icke skola inkomma med handlingarna förr än den 1 aug. Så har redan beviljats undertecknad.

Josef Hammar.

Hvarjehanda notiser.

Nordvästra Skånes läkareförening sammanträdde i Landskrona den 8 juni.

Doktor Samuelsons referat af förhandlingarne vid Fullmäktiges sammanträde i Stockholm den 9 maj upplästes. Tre skrifvelser föredrogos från Styrelsen för Allmänna Svenska Läkarföreningen:

1. angående fastställdt formulär för läkarintyg rörande sjukkassa tillhörig persons behof af vistelse vid kurort,

2. angående frågan om läkarnes ställning till sjukkassor.

3. begäran om föreningens yttrande i frågan om kollektivackord. Med afseende på den senare frågan beslöts att upptaga densamma till diskussion vid föreningens sammanträde nästkommande oktober. Doktor Sjöberg höll ett föredrag om specialister och allmänna praktici.

En internationell kongress för psykiatri öppnas i Amsterdam den 2 nästk. september.

Förbindelseleder söderifrån till läkarmötet i Sundsvall den 8—10 juli. Snälltåg fr. *Stockholm* kl. *7,58 e. m.* ank. till *Sundsvall* påföljande morgon kl. *9,46*.

Persontåg fr. *Stockholm* kl. *8,33 f. m.* ank. till *Sundsvall* samma afton kl. *11,42*, anslutning till båda dessa tåg öfver *Mjölby* och *Krylbo*.

Ångf. Runeberg afgår från *Stockholm* söndagen den *7 juli kl. 11 f. m.* och anländer påföljande morgon till *Sundsvall*.

Pris Stockholm—Sundsvall med järnväg II klass, persontåg kr. 17: 70, snälltåg med sofplats kr. 24: 20, med ångbåt I klass kr. 15, tur- och retur kr. 25.

Deltagare i mötet som under uppresan önska bese *Indalsälfven* kunna fortsätta med nattåget till *Bispgården*. Skjuts till Utanede bör då senast en dag i förväg beställas å Bispgårdens hotell. Älfbåt afgår *12,40 e. m.* från *Utanede* och anländer till *Sundsvall* kl. *9 på aftonen*.

Anmälan om deltagande i läkarmötet mottages under adress: *Allmänna svenska läkarföreningen, Fredsgatan 24, Stockholm.* Mötesdeltagare, som önska rum genom mötets byrå, behagade före den 4 juli insända beställning under adress: *Läkarmötets byrå, Sundsvall,* samt i förväg underrätta byrån om tid för ankomsten. Fullständigt mötesprogram finnes intaget i Läkartidningen n:o 19 och i majnumret af Hygiea.

Någon moderation beviljas numera hvarken på bantågen eller ångbåtarna.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar. att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n: [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Extra prov. läk.-tj:n i Östervåla distr.[2]) (ledigförklarad för tiden t. o. m. 1910; distr. omfattar Nora, Östervåla och Harbo socknar af Västmanlands län med läkarstation och medikamentsförråd i närheten af Östervåla kyrka; distr.-invånarantal d. 1 jan. 05: 8,241; lön: 2,000 kr.)	27 juni.
Extra prov.-läk.-tj:n i Hammerdals distr.[2]) ledigförklarad grund af ny femårsperiod)	29 juni.
Extra prov.-läk.-tj:n i Fiskebäckskils distr. (se annons i n:r 23 och 24)	30 juni.
Stadsläk.-tj:n i Åmål (ansökan, ställd till stadsfullmäktige, inlämnas hos magistraten)	4 juli.
En civil läk.-stip.-befattn.[2])	5 juli.
Andre underläk.-tj:n v. lasarettet i Gäfle[3]) (*ånyo* ledigförklarad; se Läk.-tidn. n:r 19—21)	5 juli.
Andre stadsläk.-tj:n i Landskrona, (ansökan, ställd till stadsfullmäktige, inlämnas hos magistraten)	5 juli.

En underläk.-tj. vid Vänersborgs hosp. o. asyls kvinnoafd.[2]) 8 juli.
Prov.-läk.-tj:n i Katrineholms distr.[1]) 10 juli.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Lidköping (ledig 16 aug.; löneförmåner: 1,800 kr. jämte fri bostad och kost) 11 juli.
Stadsläk.-tj:n i Vänersborg (ansökan, ställd till stadsfullmäktige, inlämnas hos magistraten) 15 juli.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Hörby[1]) (årlig pensionsafgift 800 kr.) 8 juli.
Apoteket i Trosa[1]) (årlig pensionsafgift 200 kr.) 8 juli.

Af Kungl. Maj:t utnämnda eller transporterade:

Till bat.-läk. v. Skaraborgs r:te: bat.-läk. v. Norrbottens r:te *K. A. Rosén.*
Kaptens rang har tillerkänts bat.-läkarna *Schnell* (Upplands inf.), *Wirsén* (Bohuslän), *Forsmark* (Vaxholms gren.-r:te), *Schildt* (Göta trängk.) och *Setterblad* (krigsskolan).
Till fältläk.-stip:r i reserven: kand:rna *R. E. Malmgren, C. A. O. Sjögren* och *A. Lichtenstein.*

Af Med.-styr.:n utnämnda och förordnade:

Till ex. prov.-läk. i Jockmocks distr. (fortfarande t. o. m. 1911): lic. *M. T. Wolf.*
Till ex. prov.-läk. i Gellivare distr. (fortfarande t. o. m. 1911): lic. *A. W. Planck.*
Till ex. prov.-läk. i Öfvertorneå distr. (fortfarande t. o. m. 1911): lic. *A. N. Sahlstrand.*

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Stadsläk. i Vänersborg m. m. *K. Bylund* (7 juni).

Sökande:

Till *sex underläk.-tj:r v. garn.-sjukhuset:* kand:rna P. Flodin, A. Tengström, K. E. J. Weisner.
Till *1:e prov.-läk.-tj:n i Blekinge län och prov.-läk.-tj:n i Karlskrona distr.* (i ordn. efter tj:år): prov.-läk. Lindegrén i Näs, ex. prov.-läk. Christer-Nilsson i Båstad, t. f. 1:e prov.-läk. Dahlborg i Karlskrona, bitr. prov.-läk. Aurelius i Umeå och lic. K. J. F. Bergqvist.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *K. Sohlberg* t. f. prov.-läk. i Tranås distr. 10 juni—10 sept. (t).
Stadsläk. *A. O. Bergquist* t. f. prov.-läk. i Söderköpings distr. 1—30 juli (s).
Las.-läk. *J. Langenheim* t. f. prov.-läk. i Hörby distr. 1—30 juli (s).
Bat.-läk. *W. Lundgren* t. f. 2:e stadsläk. i Göteborg 25 juni—5 aug. (s).
Lic. *S. C. Johansson* t. f. ex. prov.-läk. i Trollhättans distr. 11 juni—11 aug. (t).
Lic. *I. Löthberg* t. f. prov.-läk. i Skogs distr. 2 aug.—14 okt. (s + t).
Civilstip. *H. Petersén* t. f. prov.-läk. i Ljungby distr. 1—30 aug. (s).
Kand. *O. H. Elfsberg* t. f. ex. prov.-läk. i Ljusne distr. 7 juli—6 aug. (t).
F. d. las.-läk. *J. Wallmark* t. f. prov.-läk. i Örnsköldsvik 8 juli—6 aug. (s).
Lic. *F. Gernandt* t. f. stadsläk. i Hedemora 1—30 juli (t).
Lic. *B. S. Högrell* t. f. asyl-underläk. i Vänersborg (v).
Bat.-läk. *E. T. Hederström* t. f. 1:e stadsläk. i Landskrona 17 juni—19 juli (s).

Lic. *W. Svedelius* t. f. stadsläk. i Alingsås 15—30 juni (t).
Lic. *J. Sandquist* t. f. 1:e stadsläk. i Söderhamn 8 juli—7 aug. (t).
Stadsläk. *A. Westman* t. f. las.-läk. i Piteå 23 juni—22 aug. (t).
Lic. *H. Hofstedt* t. f. prov.-läk. i Östervåla distr. fr. 5 juli (v).
Lic. *P. Brügg* t. f. prov.-läk. i Vara distr. 3 juli—31 aug. (s + t).
Bitr. läk. *A. Petrén* t. f. öfverläk., aman. *H. Fröderström* t. f. bitr. läk. och lic. *Ulrika Eriksson* t. f. aman. v. Stockholms hosp. 15 juni—26 juli (s).
Lic. *H. Welin* t. f. asylläk. i Malmö 20 juni—19 juli (s).

Död:

Innehafvaren af Apoteket i Västervik *Anders Wiberg* afled den 12 dennes 70 år gammal.

Öfversikt af sammandragen af epidemirapporter

för halfva månaden 16—31 maj 1907.

	Städer.					Landsbygd.				
	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa
Stockholm	—	36	44	—	80	—	—	—	—	—
Stockholms län	—	—	—	—	—	—	21	8	—	29
Uppsala	3	—	7	—	10	—	—	4	—	4
Södermanlands	—	—	2	—	2	—	8	8	—	16
Östergötlands	—	—	12	—	12	2	15	2	—	19
Jönköpings	—	—	19	—	19	4	5	22	—	31
Kronobergs	—	—	—	—	—	1	2	18	—	21
Kalmar	—	—	11	—	11	—	4	13	—	17
Gotlands	—	5	—	—	5	—	1	—	—	1
Blekinge	—	1	11	—	12	—	—	19	—	19
Kristianstads	—	—	5	—	5	—	4	37	—	41
Malmöhus	6	1	32	—	39	4	5	35	—	44
Hallands	—	3	3	—	6	—	—	16	—	16
Göteborg	3	8	1	—	12	—	—	—	—	—
Göteborgs o. Bohus	—	—	—	—	—	3	2	10	—	15
Älfsborgs	—	3	1	—	4	—	6	10	—	16
Skaraborgs	2	—	3	—	5	3	6	1	—	10
Värmlands	—	—	—	—	—	—	—	10	—	10
Örebro	1	1	—	—	2	1	25	3	—	29
Västmanlands	—	1	—	—	1	—	1	10	—	11
Kopparbergs	—	—	—	—	—	1	—	2	—	3
Gäfleborgs	—	2	1	—	3	3	13	11	—	27
Västernorrlands	—	2	1	—	3	3	15	14	—	32
Jämtlands	—	4	—	—	4	—	—	1	—	1
Västerbottens	—	—	—	—	—	—	3	—	—	3
Norrbottens	—	—	—	—	—	2	2	5	—	9
Summa	15	67	153	—	235	27	138	259	—	424

Summa sjukdomsfall i hela riket: nervfeber 42, skarlakansfeber 205, difteri 412, rödsot 0. — *Akut barnförlamning* 4 fall (2 i Malmöhus, 1 i Hallands, 1 i Jämtlands län. — *Mässlingsepidemier* i Lenhofda (46 fall) och i Molkoms distrikt (32 fall). — *Mjältbrand* 2 fall i Ofvansjö distrikt.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 28 juni 1907.

4:e årg.	Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER.	N:o 26.

Innehåll: FRITZ BAUER: Appendiciten från praktisk synpunkt. — S. A. PFANNENSTILL: Om kronisk appendicit och dess betydelse från medicinsk, praktisk synpunkt. — Frågan om militärläkarkårens omorganisation. — Ex. provinsialläkartjänsten i Lima. — I Provinsialläkarfrågan. — Extra provinsialläkartjänsten i Arvidsjaur. — Redaktionsmeddelande. — Offentliga underrättelser.

Appendiciten från praktisk synpunkt.

Några förutskickade synpunkter och fakta.

Af

Fritz Bauer.

Med anledning af det föredrag om »Appendiciten från praktisk synpunkt», som jag af Allm. Sv. Läkarföreningen fått i uppdrag att hålla å mötet i Sundsvall denna sommar, har jag velat på förhand meddela det schema för undersökning af akuta bukfall, särskildt appendicit — jämte kommentarier därtill — hvilket vi sedan flera år följa å Malmö sjukhus, för att den, som är intresserad häraf, skall kunna före föredraget taga del af detsamma.

Dessutom har redaktionen satt mig i tillfälle att redan nu meddela mina sammanställningar af appendicitfallen å Malmö sjukhus, hvarigenom möjlighet till en noggrannare granskning och kritik förefinnes, till gagn för meningsutbytet å mötet.

Schema för undersökning af akuta bukfall särskildt vid misstanke på appendicit.[1]

Anamnes.

Förekomst af appendicit i pat:s familj.

Föregående sjukdomar (und. från magtarmkanalen). Litet utförligare redogörelse för sjukdomar, event. omedelbart föregående det nuvarande insjuknandet.

[1] De här upptagna rubrikerna finnas trykta å de journalblanketter, som för dylika fall sedan några år användas å Malmö allm. sjukhus. — Å dessa finnas dessutom tryckta rubriker för fyndet vid oper., efterbeh. och dylikt; dessa hafva här ej medtagits.

Föregående symptom från magtarmkanalen: uppstötningar, kväljningar, kräkningar, smärtor — omedelbart efter måltiden, 1 à 2 tim. därefter, oberoende af måltiden, beroende af den intagna födans art — dessas lokalisation; afföringens beskaffenhet — hård el. lös —, frekvens; använda laxantia.

Anfall af kolikplågor el. plågor af annan karaktär: tiden för, ev. orsaken till dessas uppträdande, frekvensen och durationen af dem — så noga bestämd som möjligt.

Typiska anfall af appendicit: tiden för, ev. orsaken till dessa, frekvensen och durationen af dem, sättet för uppträdandet af dem: om plötsligt el. mindre akut påkommande; om frysning, feber; den närmare lokalisationen af smärtorna, arten af dem — ihållande el. kolikartade; urineringsbesvär, arten af dessa; sängliggande, etc.; behandling.

Menses' förhållande, graviditet, symptom fr. kvinnl. genitalia flytning etc.

Öfrigt att anmärka.

Nuvarande insjuknandet: tiden angifves så noga som möjligt; häftigt el. mera långsamt; subj. sympt. därvid, smärtor, arten af dessa, lokalisationen af dem; smärtor vid djupa andetag, vid hosta; frysning en el. fl. ggr.; uppstötning, kräkning; afföring, gasafgång; urineringsbesvär etc.

Förloppet af sjukdomen till undersökningen: dag efter dag, om möjligt timme efter timme.

Status præsens.

Subj. symptom: se ofvan.
Den objektiva undersökningen:
Allm. utseendet.
Hudfärgen, färgen å scleræ; noga aktgifves på icterus.
Tungan.
Pulsen: frekvens, beskaffenhet.
Temperaturen: i rectum.
Respirationen: frekvens, typ.
Hjärtat.
Lungorna.
Urinen: ägghvita — dess ungf. mängd, gallfärgämne, socker.

Buken:

Inspektion: indragning, uppspänning — likmässig el. olikmässig, i hvilken region mest framträdande.

Perkussion: dämpning, lokalisation däraf; lefverdämpningen.

Palpation: noggrann, varsam palpation; spänning af bukväggen — défense musculaire — lindrig el. tydligt framträdande, lokalisationen däraf, större el. mindre smärta därvid; ömhet i högra f. iliaca vid upplyft ben och sträckt knä.

Palpation per rectum el. per vaginam.

Öfrigt att anmärka.

Kommentarier till undersökningsschemat.

Förekomst af appendicit i pats. familj har fått en plats i schemat på den grund, att enl. fl. förf. skulle app. förekomma i vissa familjer, och man sål. kunna antaga en familiär disposition till sjukdomen. Min hittillsvarande erfarenhet talar icke därför, men vi fortsätta att underrätta oss därom.

Att taga reda på *pat:s. föregående sjukdomar*, är naturligtvis alltid af intresse, isynnerhet gäller detta de, som uppträdt omedelbart före det nuvarande insjuknandet för ett ev. påvisande af appendicitens beroende af någon annan sjukdom.

Af vikt är att noga utforska pat. *ang. symptom från magtarmkanalen.* I många fall skola vi därvid finna, att pat. under längre el. kortare tid besvärats af symptom af den art, som närmare angifves å schemat, hvilka symptom blifvit tydda och fortfarande tydas ss. beroende på magkatarr, magsår, magkramp, tarmkatarr, »tarmsår», habituel obstipation etc.

Hafva dessa symptom uppträdt mer el. mindre tydligt *»i anfall»* af ena el. andra slaget, böra vi låta oss angeläget vara att egna dem en alldeles särskild uppmärksamhet med hänsyn till såväl, när och hur ofta de påkommit, den ev. orsaken till dem, arten af smärtorna, dessas lokalisation, samt hur länge de varat för hvarje gång. Det är nämligen möjligt, att vi gen. utforskandet och antecknandet af dessa i hvarje fall kunna lämna värdefulla bidrag till den kroniska, den »larverade», den »latenta» appendicitens symptomatologi. Jag sade, att i många fall skola vi finna föregående symptom från magtarmkanalen, i en del fall kunna vi ej påvisa dylika; pat. påstår, att han förut icke haft det minsta besvär från sin »mage». De *föregående typiska anfallen af appendicit* bör man egna upp-

märksamhet åt — ungefär i den riktning, som i schemat angifves.

Komma vi så till själfva *det nuvarande insjuknandet*, kan ej för mycket framhållas vikten af ett i minsta detalj gående utfrågande därom. Många pat. angifva ett bestämdt ögonblick, då de, plötsligt, utan förebud, angripits af plågor mer el. mindre häftiga, ibland af den art, att det »svartnat för ögonen» på dem, ibland lindrigare, dock i allm. så svåra, att de måst sluta sitt arbete; hos många börjar anfallet på natten, de hafva lagt sig fullt friska, vakna upp ur sömnen med smärtor. En del pat. hafva ej sjuknat så plötsligt, utan hafva så småningom, dock oftast med angifvande af en viss bestämd tid, börjat känna sig mindre väl, fått en del mera vaga förnimmelser i buken, kvalm, uppstötningar, känsla af tyngd, fullhet i buken, oförmåga att släppa väder — hvilka känslor göra, att dylika pat. ofta själfva tillgripa eller af läkare eller barnmorska få sig ordinerade lavemang, något som i många af dessa fall kan hafva en ödesdiger följd.

Platsen för smärtorna är olika — det är af vikt att veta detta; den första smärtförnimmelsen förlägges ofta till maggropen el. omkring naveln; sedan den suttit där en stund, liksom »drar» den sig ned till högra fossa iliaca, till »appendixregionen»; i en del fall, då appendix i sin helhet eller delvis är belägen i vänster sida, förlägges smärtan till den regionen — sål. smärta i vänster sida af buken utesluter ej appendicit! Vid läge af appendix vid undre leverranden el. i högra ländregionen förnimmes smärtan i dessa trakter, och man kan då förväxla sjukdomen med cholecystit, med njurkolik, med lumbago — jag har några fall i min kasuistik, som ink. under diagnos lumbago. Ligger appendix och trycker på benets nerver, kan smärtan förläggas ned åt benet, åt knäet; en intill urinblåsan liggande appendix kan orsaka urineringsbesvär, smärtor före, under el. efter urineringen — jag erinrar mig 2 af mina fall, hvilka inkommit under diagn. Cystit, och vid hvilka fanns en abscess omkring urinblåsan.

En initial frysning eller isynnerhet upprepade frysningar äro ett mycket allvarsamt symptom, tydande i de flesta fall på gangrän i appendix, stundom på den än farligare septiska formen. Vid pat:s. uppgift, att han ej haft feber, bör man icke fästa något afseende.

Uppstötningar och kräkningar förekomma ofta, men ej alltid. Mycket vanligt är, att pat. ej har afföring, ej gasafgång.

Förloppet af sjukdomen efter insjuknandet kan förhålla sig mycket olika, och torde man därvidlag kunna uppställa följande hufvudgrupper:

1). De initiala symptomen — så som de ofvan skildrats — hålla i ngr. timmar till ett dygn, aftaga därefter och försvinna, pat. tillfrisknar snart. Detta är den s. k. katarrala, lindriga appendiciten, som man så ofta finner i anamnesen till de svåra fallen, och hvilka oftast gå under namn af »anfall af kolikplågor».

2). De initiala symptomen äro i allm. svårare, ofta med en el. flera frysningar, symptomen hålla i ett el. två eller flera dygn, smärtorna och ömheten å appendixregionen tilltaga; i ett sådant fall föreligger sannolikhet för en gangränös appendicit. Stundom börjar denna mera långsamt. I sin vidare utveckling kan den gangränösa appendiciten blifva till allmän peritonit, till en begränsad peritonit eller till allmän sepsis.

3). De initiala symptomen hafva en än mera våldsam karaktär med smärtor i hela buken, med kollaps; dessa antingen tyda på en börjande allm. peritonit, en »perforationsperitonit», hvilken då snart ger sig tillkänna med de klassiska, välbekanta symptomen, eller äro ett tecken till den svåra septiska formen, vid hvilken det ofta ej kommer till uttalade peritonitsymptom.

4). De våldsamma initialsymptomen från hela buken kunna försvinna efter några timmar el. ett dygn, och processen lokalisera sig till »appendixregionen», det blir en »begränsad peritonit», den typiska »perityfliten». — Denna var den vanligaste form, under hvilken läkarne förr träffade »blindtarminflammationen». Och hvarför? Jo därför att förr, då allmänheten ej kände så mycket till denna sjukdom, kallade en appendicitpat. ej läkare strax, och i många trakter är det ännu så, och då, om det var en lindrig, katarral inflammation, hann han tillfriskna från anfallet; var det en perforationsperitonit, fann läkaren honom i ett tillstånd, som kallades »maginflammation», »ileus» el. ngt dylikt. De flesta af dessa dogo.

Det finns emellertid många öfvergångar mellan dessa hufvudgrupper. Och hvad som bör här särskildt pointeras, det är, att *ett fall kan vid en undersökning te sig som en katarral, lindrig appendicit och nästa ögonblick helt ändra klinisk karaktär, sätta in med de svåraste septiska symptom eller med allm. peritonit. Att detta kan förekomma, beror därpå, att de patol. anat. förändringarna i dylika fall äro betydligt gravare än, hvad vi kunna förmoda af de kliniska symptomen. Således äfven om vi, isynnerhet med större erfarenhet, kunna af de kliniska symptomen sluta till de patol. anat. förändringarne i vissa fall och på grund*

däraf ställa prognosen och indicera behandlingen, kunna vi ej göra det i hvarje fall. Jag återkommer till detta vid behandlingen.

Vid *undersökning af pat.* bör man se till, att man får möjligast god belysning af honom, och söka placera honom så, att man kan sätta sig vid hans högra sida, ty endast på det sättet kan man noga palpera appendixregionen och afläsa verkan däraf i hans ansikte.

En appendicitpat:s. *allmäntillstånd* förhåller sig mycket olika allt efter sjukdomens gravitet och utbredning i buken; ett septiskt tillstånd, en diffus peritonit ger i allm. sig tillkänna på sätt, som är oss väl bekant. Men det bör märkas, att en pat. kan se mycket obesvärad ut och dock hafva en gangränerad appendix, en lokaliserad abcess, ja till och med fritt var i peritoneum.

Gulfärgning af scleræ är ett allvarsamt symptom, tydande på en septisk el. pyämisk art af infektionen.

Pulsen bör noga och länge studeras, dess beskaffenhet är af stor betydelse, en liten, ojämn, frekvent puls är alltid ett gravt symptom; men pulsen kan vara god, kraftig äfven om en peritonit föreligger, men naturligtvis endast i början af denna.

Temperaturen bör i hvarje akut bukfall, vid minsta misstanke på appendicit ovillkorligen mätas och *mätas i rectum* — jag framhåller detta, därför att det så ofta försummas: »pat. sade sig icke ha feber, han kändes icke varm». Huru hög skall temperaturen vara, för att man skall kunna tala om förhöjd temp.? Som regel kan man säga, att en temp. i rectum öfver 37.5° är för hög — detta är min erfarenhet i flera tusen fall, å hvilka å sjukhuset gjorts dagliga mätningar. I allmänhet förlöper appendiciten med feber, men den växlar betydligt, det finns icke någon för appendiciten typisk feberkurva. Vi veta väl, att stora abscesser kunna förefinnas i buken, i bäckenet utan eller med mycket obetydlig feber, med temp. mellan 37° o. 38°. Upprepade mätningar från början af sjukdomen, hvarannan el. hvartredje timme, äro af vikt, om man vill bedöma dess art. Säkert är, att fall af appendicit kunna, åtminstone en kortare tid, förlöpa utan feber, ja till och med subnormalt; endast ett fall skall jag antyda: en pat. med temp. under 12 tim. mellan 35 o. 36°, hvilken vid operationen visade sig hafva en fullständigt gangränerad, svartgrön appendix.

Respirationen: kostal typ är ett tecken på, att pat. på grund af inflammatorisk smärta i buken sparar diafragma och bukbetäckningarne; ju frekventare andningen sker, dess gravare sjukdomen.

Undersökning af lungorna: smärtor i buken, hårda, indragna bukbetäckningar kunna förekomma vid pleurit och pneumoni, i synnerhet är detta fallet hos barn, hos hvilka dessa sjukdomar dessutom kunna sätta in med ett annat »buksymptom», näml. kräkningar.

Ägghvita eller gallfärgämnen i urinen tyda på en svårartad affär.

Buken bör egnas den mest minutiösa uppmärksamhet. *Inspektionen* kan gifva goda hållpunkter för, hvar sjukdomen har sitt säte, näml. om bukväggen buktar fram på något ställe. En indragen buk är ett tecken till en peritonit, och i de flesta fall till en ej långt gången inflammation i peritoneum; först då sjukdomen åstadkommit en förlamning af tarmmuskulaturen, och tarmarna sål. spännas ut, bli också själfva bukbetäckningarne utspända. — *Perkussionen* är i allmänhet af mindre intresse, för så vidt icke en större resistens förefinnes, eller om leverdämpningen betydligt minskats, det senare beroende på, att de utspända tarmarne trängt sig upp mellan levern och bukväggen. Svårt är att påvisa fritt exsudat i peritoneum, så vida det icke förefinnes i stor mängd.

Palpationen är det viktigaste undersökningsmedlet. Därvid bör man emellertid gå mycket varsamt tillväga, man bör helt sakta och nätt lägga sin hand på pat:s. buk och på det ställe först, där man väntar att icke finna någon ömhet, sål. oftast på vänster sida af buken, allt under det att man uppmanar honom att andas lugna och jämna tag. Lägger man däremot handen hårdt på det ömmande stället, kan det hända, att pat. så spänner sin bukmuskulatur, att man icke kan känna någonting, pat. blir orolig, och det kan vara mycket svårt att »bringa honom till förnuft» igen, så att han slappar sina muskler, och detta senare är ett nödvändigt villkor, för att palpationen skall gifva ngt resultat. Men förfar man, såsom jag nyss nämnde, kan det lyckas, att äfven på mycket oroliga pat., och till och med på barn göra en palpation, som ger god underrättelse om tillståndet i buken. Sedan man sål. vant pat. vid den undersökande handen, låter man den sakta glida öfver till appendixregionen; finnes här en inflammatorisk process, ger detta sig obetingadt tillkänna, dels därigenom att ansiktsdragen uttrycka smärta, dels därigenom att bukbetäckningarne spännas; man känner näml. därvid, huru pat., utan att han själf vet om det, kontraherar muskulaturen. Genom att på det sättet undersöka hela buken, får man en mycket god uppfattning om, hvar denna »défense musculaire» tydligast förefinnes; platsen för appendix kan näml., som jag förut påpekat, växla; ant. i högra fossa iliaca, el. i högra lumbalreg. el. upp emot

levern el. i nafveltrakten el. i vänstra fossa iliaca. Stundom förefinnes tydlig resistens, ant. en strängformig eller större resistens, mera ytligt liksom under fingrarna liggande el. på djupet belägen. Stundom är spänningen så liten, att man kan palpera djupt ner, och först därvid framkallas smärta. I kroniska fall förefinnes ofta smärta i appendixreg. vid upplyft ben och sträckt knä.

Har man trots det, att symptomen vid insjuknandet och

Tabeller till föredrag

TAB. 1.

ROSTOWZEWS sammanställning af influensa och appendici

(Mittheil. aus d. Grenzgebieten der Medi

	1889		1890		1891		1892		1893		1894		1895	
	Influensa	Perityphlitis	Influensa	Perityphlitis	Influensa	Perityphlitis	Influensa	Perityphlitis	Influensa	Perityphlitis	Influensa	Perityphlitis	Influensa	Perityphlitis
Januari	36	5	68	11	132	7	301	11	324	15	397	29	282	16
Februari......	36	7	43	11	144	5	200	8	261	11	220	20	936	[illegible]
Mars	59	8	52	16	135	10	254	14	210	13	240	22	645	17
April	31	8	45	9	118	10	184	14	367	14	153	13	301	17
Maj	18	8	15	12	113	10	146	21	335	18	177	15	175	25
Juni	14	14	21	10	344	13	107	17	208	17	160	24	144	[illegible]
Juli	33	14	17	6	202	11	59	12	135	16	122	20	147	25
Augusti	17	7	15	14	140	5	100	18	135	15	92	19	145	18
September ...	31	8	47	5	328	12	116	7	150	19	111	13	111	18
Oktober	92	10	72	9	526	10	164	22	169	23	154	15	204	16
November ...	917	10	98	12	536	13	178	13	189	26	176	13	299	16
December ...	160	7	124	11	304	10	250	20	473	18	198	16	482	[illegible]
Summa	1,444	106	617	126	3,022	116	2,059	177	2.956	205	2,200	219	3,871	[illegible]

under förloppet af sjukdomen tala för appendicit, ej kunnat påvisa resistens el. ömhet el. muskelspänning i appendixreg., bör man ej underlåta att *undersöka per rectum*. Mycket ofta kan man därvid påvisa en som en ömmande sträng i lilla bäckenet nedhängande appendix el. större el. mindre abscesser.

Att en *undersökning per vaginam* i misstänkta apppendicitfall är nödvändig för utforskande af uterus och adnexerna, torde vara klart för hvar och en.

Sundsvall.

TAB. 1.

ınder åren 1889—1902 å 11 af Petersburgs större allm. sjukhus.

ınd Chirurgie. Bd. 15. 1906.)

1896		1897		1898		1899		1900		1901		1902		Summa	
Influensa	Perityphlitis	Influensa	Perityphlitis	Influensa	Perityphlitis	Influensa	Perityphlitis	Influensa	Perityphlitis	Influensa	Perityphlitis	Influensa	Perityphlitis	Influensa	Perityphlitis
461	20	396	17	401	26	388	32	403	23	353	25	660	33	4,602	270
323	22	320	25	334	17	314	14	434	18	458	28	393	37	4,416	243
302	14	354	13	326	15	353	30	442	32	322	31	355	30	4,049	265
371	16	255	27	253	19	305	21	317	25	307	32	336	36	3,343	261
274	25	198	20	284	20	301	26	406	28	326	25	322	19	3,090	272
235	19	195	13	217	25	241	41	422	27	297	38	294	26	2,899	304
161	23	206	24	170	26	264	13	314	26	254	21	229	29	2,313	264
166	23	178	19	164	17	232	35	233	25	270	26	244	21	2,131	262
191	25	199	13	173	17	244	21	235	17	279	28	219	44	2,434	247
265	16	229	18	247	20	271	40	298	28	325	25	566	31	3,282	283
441	26	175	19	320	21	384	31	790	19	355	34	323	33	5,181	286
437	22	301	17	849	21	349	21	450	18	407	28	291	20	5,075	247
3,627	251	3,006	225	3,738	244	3,646	325	4,744	286	3,953	341	3,932	357	42,815	3,204

TAB. II.

Antalet fall af influenza i Malmö stad;
Antalet fall af appendicit å Malmö allm. sjukhus, samt
Antalet patienter å Malmö allm. sjukhus
under de sista 20 åren.

År	Antal fall af influenza i Malmö stad[1]	Antal fall af appendicit å sjukhuset	Antal patienter å sjukhuset	Procentförh. mellan ant. append. o. ant. pat.
1887	0	4	542	0.73 %
1888	0	2	535	0.37 »
1889	dec. 735	1	613	0.16 »
1890	640	5	577	0.86 »
1891	1,690	3	669	0.44 »
1892	1,814	1	669	0.15 »
1893	2,039	7	656	1.06 »
1894	1,883	4	620	0.64 »
1895	2,547	0	613	0 »
1896	1,667	6[2]	761	0.78 »
1897	1,632	14	1,135	1.32 »
1898	1,247	13	1,164	1.20 »
1899	3,297	30	1,254	2.38 »
1900	1,907	53	1,394	3.80 »
1901	2,503	50	1,439	3.51 »
1902	1,502	80	1,570	5.09 »
1903	1,803	91	1,774	5.12 »
1904	1,782	172	2,058	8.35 »
1905	1,626	164	2,111	7.76 »
1906	905	136	2,243	5.56 »
1907 t. 1/6	1,784	94	1,274	7.37 »

[1] Dessa siffror godhetsfullt lämnade mig af stadsläkaren d:r Fornmark.
[2] Af dessa under sista hälften af året 3.

TAB. III.

Appendiciter vårdade å Malmö allm. sjukhus under tiden 1 juli 1896 till 1 juni 1907.

A.

År	Antal	Friska	Döda	Mortalitet
1896 fr. 1/7	3	3	0	9 %
1897	14	12	2	
1898	13	9	4	
1899	30	24	6	
1900	53	47	6	
1901	50	48	2	
1902	80	75	5	
1903	91	85	6	
1904	172	161	11	3.9 %
1905	164	160	4	
1906	136	129	7	
1907 t. 1/6	94	94	0	
S:a	900	847	53	

B.

	Antal	Friska	Döda	Mort.
Akuta appendiciter utan höggradig peritonit	369	369	0	0 %
Akuta appendiciter utan höggradig peritonit med särskildt framträdande septiska symptom	11	8	3	27 »
Akuta appendiciter med begränsad peritonit	155	149	6	4 »
Akuta appendiciter med ej begränsad peritonit	189	147	42	22 »
S:a	724	673	51	
Kroniska appendiciter opererade à froid	176	174	2	
S:a S:arum	900	847	53	

TAB. IV.

Akuta appendiciter med icke begränsad peritonit.

År	Opererade			Ej opererade		
	Antal	Friska	Döda	Antal	Friska	Döda
1896 fr. 1/7	0	0	0	0	0	0
1897	1	0	1	1	0	1
1898	3	0	3	0	0	0
1899	5	2	3	0	0	0
1900	20	14	6	0	0	0
1901	6	4	2	0	0	0
1902	16	12	4	0	0	0
1903	30	24	6	0	0	0
1904	30	24	6	0	0	0
1905	26	23	3	0	0	0
1906	31	24	7	0	0	0
1907 t. 1/6	20	20	0	0	0	0
S:a	188[1]	147	41	1	0	1

[1] Af desssa hafva opererats:

	Antal	Friska	Döda	Mortal.
under de första 36 tim. efter insjukn.	92	87	5	ung. 5.5 %
efter » » » » » »	96	60	36	» 37 »

TAB. V.

Akuta appendiciter med särskilt svåra septiska symptom utan mera höggradig affektion af peritoneum.

År	Opererade		
	Antal	Friska	Döda
1896 fr. 1/7	0	0	0
1897	0	0	0
1898	0	0	0
1899	0	0	0
1900	0	0	0
1901	1	1	0
1902	0	0	0
1903	1	1	0
1904	5	2	3
1905	2	2	0
1906	2	2	0
1907 t. 1/6	0	0	0
S:a	11	8	3

TAB. VI.

Akuta appendiciter med begränsad peritonit.

År	Opererade			Ej opererade		
	Antal	Friska	Döda	Antal	Friska	Döda
1896 fr. 1/7	1	1	0	1	1	0
1897	1	1	0	2	2	0
1898	5	4	1[1]	1	1	0
1899	10	8	2[2]	1	1	0
1900	14	14	0	3	3	0
1901	12	12	0	3	3	0
1902	15	14	1[3]	4	4	0
1903	18	18	0	2	2	0
1904	22	20	2[4]	0	0	0
1905	13	13	0	0	0	0
1906	13	13	0	0	0	0
1907 t. 1/6	14	14	0	0	0	0
S:a	138	132	6	17	17	0

[1] Opererades extraperitonealt 4 dagar efter insjukn. Stor abscess med gangr. appendix. Mors 3 dagar därefter af allm. sepsis.

[2] Den ena pat. inkom 3 veckor efter insjukn. Stor abscess, utfyllande hela högra bukhalfvan. Mors 9 1/2 mån. därefter af en uppstigande cerebrospinalmeningit, utg. från en varhärd inpå kotpelaren. Den andre död af på 10:de dagen efter oper. plötsligt, våldsamt insättande allm. peritonit, föregången af en svår angina. Intet från operationsstället.

[3] Pat. 10 år; stor fäkalabscess; dog af en jodoformintoxikation. Mängden resorb. jordoform från en Mikulicz' påse ung. 0,84 gram. Sål. en idiosynkrasi. En broder idiosynkrasi för karbol i minimal mängd.

[4] Den ene pat. 3 1/2 år, ink. och oper. på 9:de dygnet efter insjukn. Stor abscess, gangr., fullst. brusten appendix; samtidigt ubredd bronkit. Mors 1 1/2 dygn efter oper. af kapilärbronkit och bronchopneumoni. Den andra ink. 11 dygn efter insjukn.; oper. omedelbart extraperitonealt för en stor abscess., utg. från en gangr., perfor. appendix. Följ. dag ileussymptom. Förnyad operation med lateralanastomos mellan en utspänd vid abscessväggen fastväxt tarmslynga i en hopfallen tarm. Mors på 2:dra dygnet.

TAB. VII.

Akuta appendiciter utan mera höggradig affektion af peritoneum och utan svårare allmänna symptom.

År	Opererade			Ej opererade			Oper. à froid
	Antal	Friska	Döda	Antal	Friska	Döda	
1896 fr. 1/7	0	0	0	1	1	0	1
1897	0	0	0	4	4	0	2
1898	0	0	0	3	3	0	—
1899	0	0	0	5	5	0	1
1900	1	1	0	6	6	0	3
1901	0	0	0	14	14	0	7
1902	0	0	0	28	28	0	14
1903	6	6	0	13	13	0	7
1904	38	38	0	46	46	0	23
1905	43	43	0	48	48	0	15
1906	31	31	0	34	34	0	14
1907 t. 1/6	36	36	0	12	12	0	6
S:a	155 [1]	155	0	214	214	0	93

[1] Appendix företedde i dessa fall följande förändringar:
i 36 fall fullständig gangrän,
i 30 » gangrän och empyem,
i 14 » empyem,
i 13 » gangrän och fäkalkonkrement,
i 12 » ulcerationer i slemhinnan,
i 31 » mer eller mindre utbredda blödningar i slemhinnan och i muskularis,
i 7 » katarrala förändringar,
i 1 » fullständig obliteration.

S:a 144 fall

Från de senast oper. 11 fallen har appendix ej uppklippts utan omedelbart efter extirpationen lagts i formolalkohollösning för mikrosk. undersökning.

Följ. förändringar af appendix framgå af undersökningen af exteriören.

i 4 fall strikturer.
i 2 » gangrän.
i 2 » muskelabscesser.
i 2 » förtjockning och svålighet af väggarne.
i 1 » fäkalkonkrement.

S:a 11 fall

TAB. VIII.

Kroniska appendiciter opererade »à froid».

År	Antal	Friska	Döda
1896 fr. 1/7	0	0	0
1897	5	5	0
1898	1	1	0
1899	9	8	1 [1]
1900	9	9	0
1901	13	13	0
1902	18	18	0
1903	21	21	0
1904	31	31	0
1905	32	31	1 [1]
1906	25	25	0
1907 t. 1/6	12	12	0
S:a	176	174	2

[1] Lungembolus.

Om kronisk appendicit och dess betydelse från medicinsk, praktisk synpunkt.

(Inledningsföredrag.)

Af

S. A. Pfannenstill.

Allt mer och mer har den åsikten stadgat sig, att det akuta appendicitanfallet, hur faudrogant det än må uppträda, dock icke utgör sjukdomens första början, utan att organiska förändringar sedan längre eller kortare tid tillbaka dessförinnan förefunnits i appendix, förändringar, hvilka gynna utvecklingen af en infektion, med hvars tillhjälp slutligen också ett akut anfall kan utbryta. Bevisen för denna åsikts riktighet ha undersökningarna af exstirperade bihang lämnat. Dessa ha nämligen ådagalagt, att jämte de akuta processerna, som framkallat själfva anfallet och föranledt operationen, förändringar af annan art — konkrementbildningar, strikturer, vinkelböjningar, adherenser etc. — dessutom i regel förekomma, förändringar, hvilkas uppkomst och första begynnelse måste dateras tillbaka längre i

tiden, och hvilka sålunda med allt skäl kunna betecknas som kroniska. De nyare utförligare och noggrannare mikroskopiska undersökningar, för hvilka d:r Bauer redogjort i sitt inledningsföredrag, visa äfven hän på ett längre eller kortare förstadium till det akuta anfallet. — Äfvenledes är det oss nu väl bekant, att något akut anfall aldrig behöfver utlösas, utan att sjukdomen i hela sitt förlopp kan uppträda såsom kronisk.

Min uppgift här är, att i korthet redogöra för de omständigheter, som äro förknippade med denna kroniska appendicit, och hvilka kunna vara af praktisk betydelse att hafva kännedom om samt event. blifva föremål för meningsutbyte. Däremot kommer jag ej att syssla med rent teoretiska spörsmål. Ej heller sjukdomens etiologi, ehuru den onekligen är af stor praktisk vikt, kommer jag att vidröra af det enkla skälet, att vi därom nästan icke hafva oss någonting med säkerhet bekant. Några angreppspunkter för en verksam profylax besitta vi sålunda ännu icke.

För att tillgodose vissa praktiska kraf, hvilkas betydelse kommer att framgå af det följande, skall jag uppdela den kroniska appendiciten i tvenne former, allt eftersom lokala symptom förefinnas eller icke. Vi erhålla sålunda en *appendicitis chronica manifesta* och en *appendicitis chronica latenta.*

Vid den förra kan en mer eller mindre uttalad tryckömhet påvisas och event. kan äfven förtjockning af själfva appendix konstateras. Stundom förekomma spontana smärtor eller obehagliga sensationer i högra fossa iliaca.

Vid den andra, den lantenta formen, saknas helt och hållet de lokala symptomen, vare sig nu detta beror därpå, att de patologiskt-anatomiska förändringarna icke äro tillräckligt långt framskridna för att förorsaka tryckömhet och smärtor, eller appendix genom ett abnormt läge undandrager sig palpation.

Men hur kunna vi då vara öfvertygade om, att en latent appendicit verkligen existerar? Kanske är det endast en konstruerad sjukdomsform, som icke äger någon reel tillvaro?

Bevisen för dess förekomst äro tvenne. För det första kan den genom en akut accès gifva påminnelse om sin tillvaro, och vid event. företagen exstirpation kan man uti appendix påvisa kroniska förändringar, hvilka angifva att sjukdomen icke börjat med det akuta anfallet. För det andra kan den, likasåväl som den manifesta formen, framkalla *sekundära, aflägsna symptom.*

Det är till dessa sekundära symptom eller följdsjukdomar, om man så vill kalla dem, vid den kroniska appendiciten, som det hufvudsakliga intresset i medicinskt hänseende knyter sig, och det är med dem, som vi i det följande uteslutande skola syssla.

Det är nästan uteslutande *mag-tarmkanalen*, som vid den kroniska appendiciten blir säte för sjukliga rubbningar. Dessa ge sig tillkänna genom dyspeptiska symptom af allehanda slag samt oregelbundenheter i tarmfunktionen: förstoppning eller diarré eller vanligen båda delarna omväxlande. Mag- och tarmbesvären äro oftast förenade, men de kunna äfven förekomma åtskils hvar för sig. Detta är mera sällan fallet med magbesvären, oftare med rubbningarna i tarmfunktionen; oregelbundenheter i afföringen är stundom under en längre tid enda symptomet på en kronisk appendicit.

I det följande kommer jag dock för enkelhetens skull att sammanfatta alla symptom från mag-tarmkanalen under benämningen dyspepsi, detta ord då taget i dess vidsträcktaste bemärkelse, samt följande Longuets föredöme vill jag kalla symptomkomplexen *appendix-dyspepsi*, *»dyspepsie appendiculaire»*.

Denna appendix-dyspepsi är likväl ingalunda någon obligat följeslagare till den kroniska appendiciten. Detta kan ofta demonstreras vid appendixoperationer, där patienten icke vet att omnämna några dyspeptiska rubbningar eller tarmbesvär före det akuta anfallet, men där den exstirperade appendix otvifvelaktigt företer kroniska förändringar.

Men icke alla dyspepsier vid kroniska appendiciter behöfva vara appendix-dyspepsier. Ett omvändt orsaksförhållande är äfven tänkbart; en gastro-enterit (dyspepsi) kan vara orsaken till appendiciten. En sådan etiologi till denna sjukdom anse många mycket framstående auktorer för icke osannolik och stundom förekommande. Mig förefaller dock, som om bindande bevis för ett sådant antagande ännu saknas.

Slutligen är det icke endast tänkbart, utan det kan äfven med en viss grad af bestämdhet förutsägas, att dyspepsi och kronisk appendicit samtidigt kunna förekomma *utan något kausalt samband sinsemellan*. Detta är antagligt redan på den grund, att det är fråga om allmänt förekommande sjukdomsgrupper.

Men huru skilja en appendix-dyspepsi från dyspepsier af annan art? Kliniskt låter detta på vår nuvarande ståndpunkt sig icke göra. Det är kirurgerna, som frambragt bevisen för tillvaron af en själfständig appendix-dyspepsi.

Principen för denna bevisföring har varit att söka ådagalägga, att en envis dyspepsi, som trotsat dietetisk och medikamentös behandling, utan vidare åtgöranden försvunnit efter en appendicitoperation, vare sig nu denna företagits på grund af ett akut anfall eller för en kronisk appendicit såsom sådan.

Utaf ett negativt resultat beträffande dyspepsien efter appendix aflägsnande är man däremot berättigad att draga den slutsatsen, att de bägge sjukdomarna antingen uppträdt obe-

roende af hvarandra, eller också att dyspepsien (gastro-enterocoliten) varit orsak till appendiciten. Att afgöra mellan dessa bägge alternativ saknas oss dock ännu, såsom ofvan är antydt, tillräckliga hållpunkter.

För att ernå dessa resultat har det fordrats, att en längre tid efter appendix aflägsnande erhålla tillförlitliga underrättelser om den opererades tillstånd beträffande mag-tarmkanalens förhållande. Sådana efterundersökningar äro utförda af flera utländska forskare samt hos oss af d:r G. Nyström, som i ett nyligen publiceradt arbete framlagt sina omfattande och betydelsefulla undersökningar i denna riktning.

Såsom resultat af dessa forskningar framgår, dels att en förutvarande dyspepsi, som trotsat medicisk behandling, försvunnit eller afsevärdt förbättrats efter appendix-operationen, men dels också, att den däraf icke påverkats. De till den förra kategorien hörande fallen äro sålunda appendix-dyspepsier, de till den senare mag-tarmsjukdomar af annat slag — gastro-enteriter, gastroenteroneuroser, ulcus etc. Jag anser det tillgängliga materialet fullt tillräckligt för att bevisa detta sakförhållande, så att ytterligare arbeten *endast i detta syfte* ej äro behöfliga.

Helt annorlunda däremot gestaltar sig vår kunskap, om det gäller att kliniskt skilja appendix-dyspepsien från dyspepsier af annan art, eller med andra ord att ställa en diagnos. Då äro vi fast och stå famlande och fullständigt hjälplösa. Jag tror nog, att det finns vissa hållpunkter, som tillåta oss att åtminstone misstänka en appendix-dyspepsi, såsom symptomens oregelbundna och nyckfulla uppträdande särskildt i förhållande till måltiderna och födoämnenas beskaffenhet, en nyckfullhet, som vi åtminstone icke återfinna vid mag tarmsjukdomar med organiskt underlag. Men dessa hållpunkter äro icke i och för sig tillräckligt fasta att tjäna som rättesnöre vid vårt praktiska handlingssätt, d. v. s. för att på dem tryggt kunna föreslå en operation.

Ingen författare har heller ens gjort ett försök att teckna appendix-dyspepsiens sjukdomsbild, och detta helt visst af det giltiga skälet, att det hittills tillgängliga materialets beskaffenhet icke tillåter en sådan syntes.

Att möjligheten af en säker klinisk diagnos af appendix-dyspepsien är af utomordentligt stor praktisk betydelse inses lätt, om vi betänka, att därigenom tillfälle skulle beredas att verksamt behandla en sjukdom, mot hvilken den invärtes medicinen står maktlös. Ty denna appendix-dyspepsi uppträder ofta med så pass svåra och särskildt lifsnjutningen störande symptom, att de sjuka för att blifva dem kvitt helt visst i allmänhet skulle komma att underkasta sig det erfor-

derliga operativa ingreppet, isynnerhet som de äfven därigenom för framtiden vore befriade från all fara för ett akut appendicitanfall, hvilket annars förr eller senare sannolikt hade träffat dem.

För närvarande gestaltar sig saken så, att den sjuke får dragas med sitt mag-tarmlidande, till dess ett akut appendicitanfall föranleder operation och därmed dyspepsiens upphörande. I vissa fall kan man dock på grund af en manifest kronisk appendicit misstänka ursprunget till dyspepsien, och om patienten då underkastar sig en operation, få både denna och misstanken aflägsnad.

Men vid latent appendicit är äfven en sannolikhetsdiagnos omöjlig. Man tänker då på allt möjligt, och ehuru symptomen icke rätt väl stämma med de vanliga mag-tarmsjukdomarnes, stannar man dock slutligen med sin diagnos vid någon af dessa. Och om man än misstänkte en appendix-dyspepsi, antar jag att de flesta skulle betacka sig för att undergå det prof, hvilket är det enda, som står oss till buds för att verifiera diagnosen, nämligen appendectomien.

Att en latent appendicit kan förbli stationär under årtionden, ja för hela lifvet, är antagligt, ehuru vi därom med bestämdhet ingenting veta. Är detta fallet, blir troligen den appendiciten åtföljande dyspepsien äfven bestående, och patient liksom läkare komma slutligen till den förnuftiga åsikten, att en sådan magsjukdom med invärtes medel är obotlig.

Ehuru det är ett rent teoretiskt spörsmål, kan jag dock icke underlåta att här med några ord vidröra appendicitdyspepsiens patogenes. — Att en kronisk förändring, ett konkrement, en striktur, en vinkelböjning af appendix, icke gärna kan förorsaka patologiskt-anatomiska förändringar i magsäcken eller tarmkanalen, åtminstone icke i första hand, ligger i öppen dag. Vi få alltså tänka oss appendicitdyspepsien som en *reflexneuros*, som följer banorna för nervus splanchnicus, hvilken nerv rikligt förser appendix med trådar. Att smärtorna ofta uppfattas starkast i epigastrium bör ej förefalla främmande, då vi betänka, att det stora plexus coeliacus, som står i intimt samband med n. splanchnicus, där har sitt säte.

I öfverensstämmelse med denna appendicitdyspepsiens natur af en reflexneuros, är det tvänne grupper af symptom, som behärska sjukdomsbilden: sensibla och motoriska, yttrande sig med smärtor och obehag af olika karaktär och intensitet samt uppstötningar, kräkningar, buller och kokningar i tarmarna och omotiverade diarréer.

Att äfven mag- och tarmsekretionen på reflektorisk väg kan undergå förändringar, är möjligt och troligt, ehuru vi därom för närvarande, mig veterligt, icke ha oss något bekant.

På denna väg, genom rubbning i saftsekretionen, är det tänkbart, att en appendixdyspepsi slutligen kan framkalla inflammatoriska (katarrala) förändringar i magens och tarmens slemhinna, men dessa måste då uppträda i ett framskridet stadium och komma att framstå som något sekundärt och tillfälligt. Att funktionella rubbningar slutligen kunna föra med sig organiska förändringar, är intet ovanligt, sådant möter oss på flera områden af den mänskliga patologien.

Skillnaden mellan appendixdyspepsien och den vanliga s. k. nervösa dyspepsien skulle alltså patogenetiskt bestå däruti, att vid den förra sjukliga förändringar uti ett bestämdt organ (appendix) förefinnas, som på reflektorisk väg utlösa en gastro-enteroneuros, under det att vid den senare de dyspeptiska symptomen äro beroende på ett allmänt nervlidande (neurasteni, hysteri), till hvilket de stå i samma förhållande som öfriga nervösa symptom. Den terapeutiska angreppspunkten är här tydligen det allmänna nervösa tillståndet, hvilket förfaringssätt tydligen skulle lämna en appendixdyspepsi alldeles oberörd.

* * *

Härmed har jag genomgått, hvad som vid detta tillfälle kan vara af vikt att säga om den kroniska appendiciten. Af framställningen har säkerligen framgått, att vår kunskap om sjukdomen ännu är ytterst torftig. Den måste vinna i omfång och klarhet, innan den befinnes mäktig att fylla sin uppgift: att tjäna till rättesnöre vid vårt terapeutiska handlande. För att komma så långt erfordras ett ytterligare ingående studium af appendixdyspepsien, ett studium, som lär oss att ställa en tillförlitlig klinisk diagnos *äfven vid frånvaro af lokala symptom från appendix.*

För att underlätta och påskynda ett sådant studium vore ett samarbete mellan Sveriges läkare helt visst på det lifligaste att förorda. Därvid är det i främsta rummet herrar kirurger, som komma i åtanke, ty det är företrädesvis de, som äro i tillfälle att anskaffa det erforderliga kasuistiska materialet. — Jag tillåter mig nu att i största korthet redogöra för, hur jag tänkt mig att en sådan samforskning enklast skall komma till stånd.

Hvarje patient med appendicit och dyspepsi, som kommer att undergå operation, underkastas beträffande magens och tarmens funktioner och öfriga förhållanden en ingående undersökning efter öfverenskommet schema. Vid akuta fall upptagas de anamnestiska data lämpligen efter operationen, under konvalescensen. Vid den kroniska appendiciten böra om möj-

ligt, innan operation företages, ventrikelns och tarmens funktioner undersökas med våra mest tillförlitliga metoder.

Efter operationen bör appendix underkastas en sorgfällig patologiskt-anatomisk undersökning för att utröna, huruvida kroniska förändringar förefinnas eller ej, samt i förra fallet deras art och beskaffenhet.

Sedan återstår det måhända svåraste i hela proceduren: att erhålla tillförlitliga upplysningar om, hur dyspepsien sedermera förhållit sig, om den försvunnit, förbättrats eller kvarstår oförändrad? Att i större skala öfvertyga sig härom genom personliga besök hos de opererade, möter vissa svårigheter och är enligt mitt förmenande ej heller nödvändigt. Det som vi först och främst vilja veta är, huruvida dyspepsien berodde på appendiciten eller ej. Detta ernå vi genom ett kort, bestämdt svar på frågorna, om symptomen fullständigt försvunnit, afsevärdt förbättrats eller oförändrade kvarstå, hvilka svar erhållas genom frågeformulär, som patienterna erhålla, då de lämna de resp. sjukvårdsinrättningarna, och sedan efter en viss tid — t. ex. $^1/_2$—1 år — återsända besvarade. — Härmed vill jag dock icke förneka betydelsen af en personlig undersökning, där den låter sig utföra, i all synnerhet om då äfven en undersökning af digestionsorganens funktioner kan verkställas.

Det är min öfvertygelse att vi på så sätt inom några år skulle erhålla ett mycket värdefullt material, som möjligen skulle sätta oss i stånd att uppdraga en klinisk sjukdomsbild af appendixdyspepsien och ställa dess diagnos. Därmed vore ett stort steg taget framåt på vägen att framgångsrikt bekämpa ett svårt mänskligt lidande, och kirurgerna hade åt sig förvärfvat ett nytt område för sin verksamhet, ett nyförvärf, till hvilket vi internister af hjärtat skulle lyckönska dem.

Frågan om militärläkarkårens omorganisation.

Frågan om denna föreslagna omorganisation har nyligen afhandlats i läkaretidningen från kirurgisk synpunkt. Ehuru denna synpunkt otvifvelaktigt är den viktigaste att bedöma militärläkareutbildningen ur, så kan dock kanske frågan förtjäna att skärskådas äfven från internistens synpunkt.

För visso är nämligen militärläkarnes interna utbildning långt ifrån oviktig. Om det också är deras kirurgiska skicklighet och erfarenhet, hvilka skulle komma att bestämma omdömet om denna kårs verksamhet under ett eventuellt krig, så gäller det icke desto mindre att militärläkarnes verksamhet i fredstid (vare sig det är fråga om arbetet som inskrifningsläkare eller om sjukvårdsarbetet under öfningarne) dock till större delen faller inom det interna området.

Vi måste därför önska en möjligast god utbildning för våra militärläkare äfven å den interna medicinens område, och detta kraf erhåller tydligen ökad styrka genom den utsträckning, öfningstiden erfarit och under den närmaste tiden ytterligare kommer att erfara.

Äfven om utbildningen för underläkarne vid våra länslasarett är öfvervägande kirurgisk, så står det dock alltid fast, att dessa platser äfven skänka en långt ifrån oviktig utbildning och öfning inom de interna sjukdomarnes område. Äfven med hänsyn till behofvet för militärläkarne af denna utbildning vore det följaktligen en mycket stor fördel, därest den föreslagna förbindelsen mellan underläkare- och militärläkarekåren kunde bringas till stånd. Att anordnandet af denna förbindelse skall kunna blifva förbundet med svårigheter, vill jag ingalunda bestrida, men jag inser ej, hvarför dessa svårigheter skulle vara oöfvervinneliga, utan tyckes mig allt tala för, att ett försök göres i den föreslagna riktningen.

Det förslag, som innehålles i den af hrr Grundberg och Kjellberg väckta motionen, afser emellertid ej blott att betrygga militärläkarnes utbildning utan äfven att bereda de sjuka värnpliktige vård å de civila sjukhusen. Genomförandet af denna ordning skulle otvifvelaktigt innebära en stor och afgjord fördel, hvars betydelse äfven den ökas i och genom utsträckningen af tiden för värnpliktsöfningarne. Det är ingalunda min mening att genom detta omdöme uttala någon särskild kritik mot våra militära sjukvårdsinrättningar, om hvilka jag för öfrigt saknar personlig kännedom, men det torde i mer än ett afseende ligga i förhållandenas egen natur, att särskildt för svårt sjuka vården å de vanliga lasaretten blir att föredraga framför den å militärsjukhus. Endast vid verkligen stora militärsjukhus tror jag det skulle vara möjligt skapa betingelserna för en vård, som fullt motsvarade den vid våra stora civila sjukhus.

Att ett samarbete mellan de civila sjukhusen och militärläkarne låter genomföra sig, därom saknar jag ej personlig erfarenhet, enär vid Upsala Akademiska sjukhus sedan gammalt sjuka från därvarande regementen i afsevärd utsträckning finna vård. Detta samarbete har för oss sjukhusläkare varit odeladt angenämt och ej medfört olägenheter af något slag och då initiativet till detta samarbete ju måste utgå från våra militära kolleger, tyckas de ej heller hafva funnit skäl, som tala emot detsamma.

Å andra sidan vill jag dock ej förneka, att ett mera fullständigt genomfördt samarbete i denna riktning, så att de civila sjukhusen skulle vara skyldiga upptaga *alla* sjukdomsfall i behof af sjukhusvård, synes mig kunna möta svårigheter. Särskildt fruktar jag detta skulle blifva fallet med vissa epidemier eller hopade sjukdomsfall såsom exempelvis sommardiarréer.

Detta är dock mera en detaljfråga, som kräfver en närmare utredning. Hufvudsaken är, att det otvifvelaktigt vore för åtminstone våra svårt sjuka värnpliktige en afgjord fördel att erhålla vård å de stora civila sjukhusen. Därför synes det mig vara ett trängande önskemål, att frågan om denna princips praktiska genomförbarhet snarast underkastas en ingående granskning.

Ronneby Brunn den 14 juni 1907.

Karl Petrén.

Man har begärt ett litet allmänt hållet uttalande af mig i militärläkarefrågan och jag kan därvid icke annat än ansluta mig till de grundprinciper, som blifvit i detta hänseende framställda af D:r *Kurt*

Rinman m. fl. Förslaget synes mig medföra högst beaktansvärda fördelar. Den slitning, som nu måste ega rum för så många militärläkare emellan deras tjänsteåligganden å ena sidan och deras behof af enskild praxis såsom existensmedel skulle upphöra. De egentliga militärläkarne skulle i sitt fack erhålla ständigt arbete och passande löneförmåner. Bataljonsläkarne skulle snarare blifva att betrakta såsom en art läkare i första reserven och skulle dessutom för såväl sin egen som för härens del profitera af sin tjänstgöring vid civila sjukhus. Genom de emeriterade lasarettsunderläkarnes inträde i fältläkarekårens reserv skulle en ökad stam af dugliga läkare tillförsäkras arméen vid dess mobilisering.

Flera andra fördelar af den föreslagna reformen skulle kunna anföras. Jag nöjer mig härmed att förklara, att jag hvarken från den civila eller militära sjukvårdens sida kan se några berättigade invändningar mot densamma i princip och detta så mycket mindre, som den ej skulle betunga statsverket med stora kostnader. En del detaljer behöfva naturligtvis anpassas efter sig företeende omständigheter, men grundtanken synes mig god.

Lund d. 16 Juni 1907.

Seved Ribbing.

Undertecknad har med stor tillfredsställelse läst det inlägg i militärläkarfrågan af M., som finnes i Läkartidningens n:o 23.

Detta inlägg synes mig vara af arten att genom sina sakliga uppgifter väcka stor förvåning.

Vi se i artikeln i fråga, att de svenska läkarna ensamma, trots sin långa och dyrbara utbildning, sakna likställighet med officerarne och öfriga civilmilitärer i fråga om lön och pension. En militärläkare kan icke komma till högre än kaptens lön och pension, om han också innehar de mest ansvarsfulla och maktpåliggande uppdrag såsom regementsläkare, fördelningsläkare, öfverfältläkare, marinöfverläkare o. s. v.

Vi se vidare, att fältläkarne intet ha att säga i pensionskassan, som dock på en läkare gör sig en vinst af 27,200 kr. (säger tjugusjutusen tvåhundra kronor).

Fältläkare- och marinläkarekårernas chefer ha hos oss lägre rang än i andra länder. Det skulle bli ett intressant problem att räkna ut, huru mycket en sträfvande ung man kan beräkna att få i inkomster vid olika åldrar, om han väljer den militära och om han väljer militärläkarebanan.

En 30 årig officer har minst 3,000 kr. i årsinkomst, har haft en billig utbildning och har haft lön redan i 8 år; en 30-årig militärläkare har stipendium à 500 kr. med 7 kr. dagaflöning vid tjänstgöring, har först nu inkomster, har en till det yttersta frestad hälsa och kanske en skuldbörda à 20,000 kr., det minsta som studierna nu kräfva. Det är praktiken som skall för läkaren utjämna detta förhållande.

Men huru det nu är med praktiken för militärläkaren, då han tvingas att bo på ställen, där läkarebehofvet redan förut är mer än fylldt, då han af sin tjänst är större delen af dagen upptagen, det veta vi alla alltför väl.

Att de unga läkarna nu tagit saken med den militära läkarbanans oefterrättliga förhållanden i egna händer, förvånar därför ingalunda.

Emellertid äro i M:s artikel förhållandena vid marinläkarekåren endast mycket knappt berörda. Där finnas dock ännu intressantare forskningsområden och än mer förvånande jämförelser. Se här en tablå öfver löner och pensioner vid flottan:

Officer:

	lön	pension
Kommendör	6,000 kr.;	4,500 kr.
Kommendörkapten (47 år)	4,000—4,500 kr.;	3,200—3,600 kr.
Kapten (35 år)	2,400—3,400 kr.;	1,920—2,720 kr.
Löjtnant (25—30 år)	1,500 kr;	1,200 kr.

Ingenjör:

	lön	pension
Öfverdirektör:	8,000 kr.;	6,000 kr.
Direktör (50 år)	5,000—6,000 kr.;	4,000—4,500 kr.
Ingenjör I:a grad (35 år)	3,500—4,500 kr.:	2,800—3,600 kr.
Ingenjör II:a grad (30 år)	3,000 kr;	2,400 kr.

Intendent:

	lön	pension
Öfverintendent	6,000 kr.	3,200 kr.?
I:e Intendent (50 år)	4,000 kr.;	3,200 kr.
Intendent I:a grad (55 år)	2,400—3,400 kr.;	1,920—2,720 kr.
Intendent II:a grad (30—35 år)	1,500 kr.;	1,200 kr.

Läkare:

	lön	pension
Öfverläkare	4,400 kr.;	2,720 kr.
I:e Läkare (55 år)	3,400 kr.;	2,720 kr.
Läkare I:a grad (44 år)	2,400—3,400 kr.;	1,920 kr.
Läkare II:a grad (35—40 år)	1,200—1,800 kr.;	500 kr.

Af denna tablå framgår att läkarne äro de sämst aflönade af alla. Ehuru de (åtminstone under 1880—90-talet) måste i medeltal offra 12 år för sin examen, så få de inom marinläkarekåren nöja sig med lön och pension högst betydligt lägre än officerare (2 à 3-årig kurs), ingenjörer (4 à 6-årig kurs)., intendenter (3-årig kurs). Hvad sägs om det?

Undantag från denna regel göra dock de extra ordinarie graderna af kåren, nämligen stipendiater och marinläkare af II:a graden. Dessa ha i sin dagaflöning till sjös en ersättning, som gör dem likställda med öfriga kårer. Men denna aflöning är ett försåtligt lockbete. Ty hvilka utsikter vänta dem? Vi ha under de sista åren sett, huru svårt det är för en militärläkare i allmänhet att få någon tjänst på den civila läkarebanan, såvida han icke vill börja från början. Stipendiat- och marinläkarebefattningen ger honom tillräckligt att göra för att hindra uppkomsten af en ordnad praktik. När några år gått, har han intet att välja på utom att fortsätta på banan eller sent omsider ta helt afsked för att bli praktiserande.

Af de 30 (20 marinläkare + 10 stipendiater) som kvarstå ha endast en del (11 marinläkaretjänster af I:a grad) utsikt att bli marinläkare I:a grad, som med sin lön à 2,400—3,400 kr. och pension à 1,920 kr. kan betecknas som det högsta vinkande målet. Marinläkarekåren är som bekant, i olikhet med fältläkarekåren, fulltalig. Måhända är det marinläkarestipendiaternas goda sjöaflöning, som är orsaken. Måhända också rangen. Men intressant skulle det vara att undersöka, huru många af

sökandena till militära läkaretjänster som ha fullständig kännedom om löne- och pensionsförhållandena blott för den tjänst han söker. Måhända vi skulle komma till öfverraskande resultat. Det torde vara af största vikt, att fullständig kännedom härom och om andra hithörande saker blir spridd, för att förbättring skall bli möjlig. Ty här som numera öfverallt bero lönerna på tillgång och efterfrågan.

Och så rangen!

Åtskilligt har mot densamma inom armén anmärkts från de flesta. Endast en insändare — han har sedan många år med sin militärläkaretjänst förenat en mycket gifvande civil tjänst — har funnit denna liksom allt annat på banan bra.

Anmärkts har bl. a. att cheferna för fältläkare- och marinläkarekårerna icke ha mer än öfverstes rang (kommendörs). under det de i andra länder ha generalmajors (konteramirals).

Marinläkares rang i öfrigt synes däremot vara tillfredsställande och var under tiden före sista ändringen något högre än nu. Hvarje fartygsläkare hade då kaptens rang. Han hade således t. o. m. högre än motsvarigheterna inom ingenjör- och intendenturkårerna. Dock — och märk detta väl! — detta gällde endast rangen på papperet ev. sådan den syntes på galonerna; ty den verkliga rangen, efter hvilken fartygsläkaren bemöttes och behandlades, var en helt annan. Den var emellan officerare och underofficerare, hvilken galonvärdighet han än innehade.

Huru modig och förhoppningsfull den nye fartygsläkaren med sin kaptensvärdighet än var, när han första gången satte foten på däck, så skulle det icke kräfvas tvenne veckor för att bringa honom till det tänkesätt, att icke en tanke på att söka tillrättavisa ens en 10—12 år yngre underlöjtnant, huru oförsynt och påflugen denne än var, kunde uppstå i hans stundom djupt kränkta sinne.

Exercisen med »doktorn» eller »lapis» bedrefs under inbördes samförstånd med en sammanhållning och disciplin, som voro fruktansvärda, och enligt metoder, som kunde kallas fulländade.

Ett helt kapitel kunde skrifvas om detta.

Nu, på sista åren, har dock officersståndet beslutat bevilja läkaren en större heder och aktning.

F. d. Stipendiat.

I Kurt Rinmans förslag till omorganisation af fältläkarekåren finnes på ett ställe anfördt, att regementsläkarens semester ej borde få infalla under repetitionsöfningar eller beväringsrekrytskola, men då frågas sannerligen, hvilken tid på året han vill den skall få infalla på, då det ju endast är en tidsfråga, när dessa öfningar och skolor komma att pågå året om. Dessutom är det ju orimligt begärdt, att en regementsläkare, som går i daglig tjänst året om, icke skall få välja sig 6 veckors ledighet på tid han själf önskar för att skaffa sig rekreation, något som för öfrigt icke lämpligen kan ske i vårt land annat än på sommaren. Hade förslagsställaren själf haft en militärläkaretjänst med daglig tjänstgöring året om, då hade han säkerligen haft en annan uppfattning af semesterns betydelse och icke föreslagit någon sådan på bestämd tid, vare sig den passade läkaren eller ej, och jag tror, att hvarje regementsläkare komme att betacka sig för en dylik semester. Underligt är också, att regementsläkare hädanefter icke skola anses kunna vara frånvarande under 6 veckor af beväringsrekrytskolan, då det för närvarande anses tillräckligt för dem att tjänstgöra på dylik skola hvart tredje år och de förut aldrig behöft tjänstgöra på

dylika skolor, enär tjänstens vikt ej ansetts fordra detta. Nej, vi skola akta oss för att gå till ytterligheter, vare sig åt ena eller andra hållet.

I afseende på de synpunkter förslagsställaren antyder om de värnpliktige medicine studerandenas eller läkarnes utbildning, så kan jag ej förstå, hvilken nytta en militärläkare kan ha utaf att utbildas till underbefäl vid ett infanteriregementes beväringsrekrytskola. Hade det föreslagits ett kavalleriregemente, så kunde ju idén ha varit att bli skicklig ryttare, men nu förstår jag inte alls meningen. Likaså undras mig, hvad det kan vara för kurser, som skulle genomgås under repetitionsöfningarne.

Hvarje militärläkare får nogsamt erfara hvaruti han brister, då han tillträder en militärläkaretjänst. Han kan ej rida, han kan ej tillfredsställande förrätta en sjukvisitation eller sjukmönstring och reder sig dåligt vid inskrifningsförrättningar; fält- eller fälttjänstöfningar. Härutinnan bör han ha öfvats, innan han blir militärläkare på eget ansvar och detta bör ske under värnpliktstiden. Jag anser därföre, att den militära utbildningen bör inskränkas till tjänstgöring vid ett kavalleriregemente under 2 à högst 3 månader, öfriga delen af beväringsrekrytskolan och repetitionsöfningarne bör ej få fullgöras förr än efter aflagda examina eller kliniktjänstgöringar och då såsom läkareassistenter åt äldre militärläkare, dels under sjukvisitationen och inskrifningsförrättningar, dels vid fält- och fälttjänstöfningar. Några särskilda kurser anser jag ej behöfva ifrågakomma under värnpliktstiden, utan endast en viss tids deltagande i dessa förrättningar och öfningar. Någon sjukhustjänstgöring bör ej förekomma under värnpliktstiden.

I förslaget ordas ej alls om militärläkarnes pensionering, och dock är denna fråga lika viktig som lönefrågan. Det bör väl bland militärläkarne ej råda mer än en mening om att de skola pensioneras efter helt andra grunder än som hittills skett, d. v. s. att förutom lönen äfven skall tagas hänsyn till den ålder då de bli pensionsmässiga vid frågan om bestämmandet af pensionens storlek.

M.

Ex. provinsialläkaretjänsten i Lima.

Under rubrik »Ex. provinsialläkaretjänsten i Lima» har t. f. extra provinsialläkaren doktor Ahlberg i n:o 20 af eder ärade tidning för den 17 i denna månad låtit införa en artikel, som i åtskilligt synes kräfva en förklaring.

Doktor Ahlberg tyckes antaga, det orsaken till att endast en sökande anmält sig till platsen vid första ansökningstiden skulle vara löneförmånerna, synnerligast det från kommunerna utgående traktamente, hvilket enligt hans förmenande icke förut varit väl afpassadt. Hittills gällande bestämmelser rörande dagtraktamentet hafva emellertid blifvit uppgjorda utaf en af distriktets förre läkare samt sedermera tillämpade i öfver 20 års tid under två extra provinsialläkares tjänstgöring inom distriktet utan klander från någon af dessa. Dagtraktamentet kan ock enligt därför stipulerade grunder bli ganska afsevärdt, ty när läkaren reser öfver 4 km., utgår ersättningen med 5 kronor, och om han sedan under vägen har flera sjukbesök, något som ofta inträffar vid längre resor, så uppbär han 2 kr. 50 öre för hvarje sådant extra besök, och då dessa besök ibland blifva ända till ett tiotal, kan traktamentsersättningen för en sådan sjukresa uppgå till öfver 20 kro-

nor per dag. Det af herr Ahlberg påpekade förhållandet, att läkaren till följd af det fastställda maximibeloppet, 1,800 kronor, under en tid af ett par månader finge resa utan sådan ersättning, om exempelvis sjukligheten inom distriktet varit stor och därföre resorna många under förra delen af året — något som äfven förut under flera år inträffat — är visserligen en sanning, men då har maximibeloppet i stället så mycket tidigare intjänats.

Sammanlagda löneinkomsterna för befattningen har åtminstone under senare åren med tillägg af ersättningen för sjukstugans skötande uppgått till öfver 8,000 kronor om året, och torde löneinkomsterna därföre icke anses vara så dåliga, att herr Ahlberg behöft antyda, det »läkarekårens intresse skulle bäst öfverensstämma med att ingen sökte platsen». Själfva organisationen af löneförmånerna för denna plats erkänner dessutom herr Ahlberg vara »välsignelsebringande för ett så vidsträckt distrikt».

Doktor Ahlberg säger, att platsen ånyo anslagits ledig på de af honom omtalade förra villkoren, men jag beder då få hänvisa till annonsen, som icke innehåller *något om villkoren* beträffande traktamente, hvarföre de af doktor Ahlberg åberopade villkor äro de förut för föregående läkare på platsen gällande och möjligen åtminstone till en början fortfarande torde komma att tillämpas, så vidt icke annorlunda beslutes.

Skulle nu doktor Ahlberg icke vilja söka platsen på dessa villkor, så har han naturligtvis därtill full frihet, och ingen klandrar detta, men då bör han icke heller lägga hinder i vägen för andra sökande, som kanske, just för att icke göra honom platsen stridig, förut afhållit sig från att söka.

Stockholm den 25 maj 1907.

Joh. Ström,
ordf. i Lima läkardistrikts kommitté.

Till

Doktor N. A. Ahlberg.

I n:o 20 af denna tidning har Ni en insändare, i hvilken Ni lämnar några »upplysningar» om den lediga e. prov.-läkareplatsen i Lima. Ni skrifver bland annat: »någon ändring i densamma torde ej ske med mindre inga sökande anmäla sig, hvilket väl bäst öfverensstämmer med kårens intresse».

Genom denna Eder vädjan till kåren har Ni förmått flera kamrater att ej söka platsen. Hur vill Ni nu försvara Edert handlingssätt att, sedan Ni på detta sätt aflägsnat åtskilliga medtäflare, själf söka platsen på oförändrade villkor? Det hade ju äfven varit af intresse att Ni i Eder insändare upplyst om, att inkomsterna af e. prov.-läkaretjänsten i Lima uppgått till öfver 9,000 kr. samt att inga kommunalskatter finnas.

Rätta namnet för Edert handlingssätt öfverlämnar jag åt kåren att nämna.

En som ej sökt Lima.

Det synes just ej tjäna mycket till att vädja till kamrater i kårintresse, ty som sådana får väl taxe- och löneförhållanden räknas. Den 31 maj hade fem sökande anmält sig och samma dag fick jag af läkarstyrelsens ordf. den oväntade upplysningen, att inga andra villkor voro förenade med tjänstens sökande än de i annonsen utsatta, d. v. s. lön och bostad. Då jag sålunda ej ansåg mig göra något förfång, lade jag in min ansökan, hvilket jag ej gjort, om ingen sökande anmält sig. Fortfarande tveksam, om det verkligen förhöll sig som ordf. sagt, inlämnade jag emellertid till de väljande stämmorna en förklaring, att jag i händelse af val icke ginge in på de villkor utöfver lön och bostad, hvilka jag förut relaterat i Läkartidningen, och hvilka fastställts 12 jan. 1892 på följande sätt:

»Undertecknade, utsedde att uppgöra och bestämma *lönevillkoren** för en blifvande extra provinsialläkare inom Lima och Transtrands distrikt hafva — — — beslutat följande: § 1. Efter en längre öfverläggning enades kommitterade om att fastställa *läkarelönen** sålunda: kontant etc. bostad etc., resp. 5,00 och 2,50 kr. för sjukresor och besök etc.; maximibelopp härför får ej öfverskrida 1,800 kr. för år; arvode 50 öre etc.; fri skjuts; 6 månaders uppsägning.

7 namnunderskrifter.»

Detta beslut är fortfarande gällande, då det icke blifvit af sockenstämmorna upphäfdt.

Motivet till min opposition har varit dels det skäl, som härstädes framhålles för begränsningen af reseersättningen, nämligen att denna skall verka som hämsko på läkaren, så att han ej reser i onödan, och dels konsekvensen af den långa uppsägningstiden, i det att som nu en ord. prov.-läkare fortfarande är egentlige innehafvaren af tjänsten och den tjänsteförrättande härstädes *hans* vikarie.

Hvad mig och platsen i öfrigt beträffar, var mitt s. k. öde besegladt, då jag gjort mig till en persona ingrata genom att jag vågat yttra mig om förhållandena i vår facktidskrift, och detta mitt yttrande genom en kollega öfversändts till ordf. i distriktsstyrelsen.

Lima 17 juni 1907.

N. A. Ahlberg.

I Provinsialläkarefrågan.

Det fanns en tid, då samhället och riksdagen intresserade sig icke blott för sjukvården utan äfven för den kår, som hade sig denna anförtrodd. Man icke blott gaf berättigadt erkännande åt läkarens mödosamma och svåra kall, utan man skattade honom högt, erkände honom som en uppriktig vän och var villig att betala hans arbete. Huru är det nu däremot? De sista åren ge oss härvidlag åtskilligt att tänka på: afslag på ex. prov. läkarnes synnerligt anspråkslösa begäran om 5 pensionsår; försök att sänka den alltför låga taxan; den nya pensionslagen; Palmeska motionen; läkarnes strid med lifförsäkringsbolagen; den svårlösta frågan om accord o. s. v. Och huru klandras icke numera och bedömes icke på det mest okritiska sätt läkarnes arbete. De anförda äro endast strödda exempel på nutida förhållanden och den animosité, som råder. Ha vi själfva gifvit anledning till en sådan behand-

* Kursiveringen af undertecknad.

ling? Jag tror det icke. Omständigheterna ha fogat det så. Emellertid måste erkännas, att kollegialiteten läkarne emellan är i sjunkande och detta kan ge anledning till misshälligheter. Men allmänheten är ogynnsammare stämd, är därtill misstänksam och bedömer okritiskt olika läkares oftast misstydda yttranden i samma sak. Att enstaka fall af »mauvais sujet» förekomma bland läkarne såväl som inom hvarje annan kår förnekas icke, men kåren såsom sådan får icke och kan icke därför dömas eller nedsättas. Och den omständigheten att öfverbefolkning råder å läkarebanan, berättigar icke staten att behandla oss huru som helst eller att svältföda sina tjänsteläkare.

Det är en oafvislig sak, att förändring måste ske. Vårt *anseende* måste höjas. Och detta sker icke blott genom pliktroget och offervilligt arbete, utan äfven genom ökad respekt för kamraters åsikter och bättre sammanhållning inom kåren.

Hvad däremot angår våra *ekonomiska intressen*, så anser jag, att en kommitté bör tillsättas. Men för att prov.-läk.-fören. kan fordra ett fruktbärande resultat af densamma, bör dess ledamöter ordentligt betalas. Och har icke föreningen medel tillgängliga, så måste en utdebitering ske. Vi måste betänka, att skall något för kåren kunna göras så måste det ske nu, annars blir det för sent för en lång tid.

Alltså en kommitté med uppdrag att med kraft och energi utreda och drifva framåt *lönefrågan* och *pensionsfrågan*.

Lönefrågan bör kunna utredas dels enligt Brorströms inlägg i ämnet dels genom jämförelse med redan antagna eller föreslagna lönestater. Lämpligen borde lönemedlen sättas till: lön 3,000 kr., tjänstgöringspengar 600 kr., hyresbidrag 900 kr. samt 2:ne ålderstillägg med 500 kr. hvardera efter 5 och 10 år. Härtill bör komma den höjning, hvartill pensionsbidraget föranleder. En och annan torde säga, att vi ha föga hopp om realiserandet af detta önskemål, men lefnadskostnaderna stiga, penningvärdet faller, distrikten kringskäras, och det erkännes för öfrigt, att nuvarande löneförhållanden äro alltför ringa, hvartill kommer dels att motsvarande höjning å andra tjänstemäns lönestater beslutats eller äro under ompröfning, dels att sannolikt prutning göres, huru små våra pretentioner äro eller blifva. Därför äro dessa anspråk berättigade.

Hvad *pensionsfrågan* angår så är ju nödvändigt att en utredning sker angående de 27 åren. Hädanefter som hittills måste stipuleras ett minimum af år som ord. prov.-läkare för att erhålla full pension, ty ej kan väl menas 27 år som ord. prov.-läkare, lika litet som att en person med 26 tjänsteår exempelvis som järnvägsläkare + 1 år som prov.-läk. är berättigad till 4,000 kr:s pension. Extra prov.-läkareinstitutionen var en olycka icke blott för läkarne utan äfven för landet. Inom kort finnas på ordinarie prov.-läk.-poster endast få läkare, som icke efter få år äro otjänstbara eller måste på grund af ålder afgå. Den största delen af det ansvarsfulla arbetet med sjukvården å landet blir på detta sätt förlagdt till en kår (ex. prov.-läk.), som icke äro statens tjänstemän, ehuru de ha samma skyldigheter som ordinarie, och därtill föra en osäker existens. Den enda fördel de äga, är att räkna år utan reelt värde.

Fortgå såsom hittills fordringarne på alltjämt ökade meriter, torde redan inom de närmaste åren den befordrades ålder uppgå till 50 år. En ex. prov.-läk. utan s. k. »statsmeriter» skulle då erhålla pension vid 77 års ålder. Man tänke sig möjligheten att vid denna ålder på ett tillfredsställande sätt sköta ett prov.-läk.-distr. Men möjligheten att få full pension är utesluten genom pensionslagens föreskrift att gå vid 62 års ålder. Den lilla pensionen af $^{12}/_{27}$ × 4,000 kr. blir alltså ersätt-

ningen för ungefär 30-årigt arbete i en trägen tjänst för samhället, man kan gärna säga för staten, ty hade ej ex. prov.-läk.-inst. uppkommit, hade det blifvit en bjudande nödvändighet att år efter år inrätta nya ord. distrikt.

Då sålunda denna anordning och därmed följande utgift besparats staten, kan man väl i rimlighetens namn äga rätt fordra, att vissa år tillgodoräknas ex. prov. läkarne i pensionsväg. Och alldenstund den nya pensionslagen högst väsentligt försämrat prov. läkarnes ställning till pensions uppnående, torde 10 år vara det minimum, som bör beräknas ex. prov. läkarne till godo. Rätteligen borde skillnaden mellan tjänstår och pensionsår bortfalla, enär ingen skillnad i tjänsteåliggande för ord. och extra prov. läkare finnes. Lämpligt torde emellertid vara en fordran på 17 (helst 15) år som ord. prov. läk. och öfriga 10 (helst 12) år i annan tjänst, därmed tjänstårsberäkning är förenad.

Dessa båda frågor, löne- och pensionsfrågan, böra behandlas fullt skilda från prov.-läk.-distriktens omreglering, så att de ej skjutas undan för att afgöras samtidigt med en möjligen skeende förnyad utredning ang. distriktens uppdelning. Vi ha länge nog och tåligt väntat på en förbättrad ställning. Nu fordra vi den. »Det är ej nådegåfvor, vi begära; endast rättvisa».

En kommitté bör fördenskull tillsättas med förenämnda uppdrag och resultatet af dess arbete framläggas i en broschyr, tryckt i tillräckligt stor upplaga för att exemplar kunna vid lämplig tidpunkt tillställas Medicinalstyrelsens ledamöter, byråchefer i statskontoret och kammarkollegium, länsstyrelsernas högre tjänstemän samt riksdagens samtliga ledamöter och framstående pressmän i hufvudstaden och landsorten.

Angående kommitténs sammansättning bör i densamma icke inväljas redan pensionerade läkare och knappast sådana, som före år 1900 erhållit fullmakt, enär dessa ej beröras af den nye pensionslagen och således icke äga det lefvande intresse, som här kräfves.

Hvad som skall ske bör ske snart. *E.*

Extra provinsialläkartjänsten i Arvidsjaur.

Som extra provinsialläkaretjänsten i Arvidsjaur nu tillsatts och en annan intagit d:r Skarins plats, skulle det säkerligen intressera flera än undertecknad att få höra, hvilka åtgärder, som vidtagits till lindrande af den afgångnes olyckliga öde. En kamrat tog så vackert hans parti, men efter ett genmäle af några ortsbor med vissa halfva löften afstannade diskussionen i denna fråga. Det synes dock som om sista ordet knappast vore sagdt i densamma och därför skulle just några upplysningar nu vara välkomna.

Kamrat.

Redaktionsmeddelande.

Läkartidningen har som regel hittills blifvit färdig så sent på torsdags aftnarna, att den ej hunnit utsändas med nattsnälltågen. Detta är numera ändradt, så att tidningen hädanefter kan afgå från Stockholm med dessa tåg.

I sammanhang härmed tillåter sig redaktionen att fästa hrr kollegers uppmärksamhet på följande. Tidningen ombrytes på onsdag middag, sista korrekturet läses på onsdag eftermiddag och tidningen

går i press tidigt på torsdag morgon samt expedieras till postverket före kl. 3,30 e. m. Häraf framgår, att endast i särskildt trängande fall meddelanden, som komma oss tillhanda senare än tisdagsmorgon, kunna inflyta i veckans nummer.

Till sist anhåller red., att de herrar kolleger, som ej erhålla tidningen i laga tid, beräknadt efter nyss angifven afgångstid från Stockholm, ville meddela detta.

Å sid. 186 har redaktionen lofvat att referera Svenska Läkarsällskapets förhandlingar i hvad dessa gälla den Gadelius Henschenska frågan. Förhandlingarne föreligga nu i tryck, men dessvärre ser sig red. ej i stånd att uppfylla detta löfte. Frågan upptager nämligen ej mindre än 111 tättryckta sid. i Hygiea och det torde därför vara uppenbart, att vi ej kunna upptaga Läkartidningens synnerligen hårdt anlitade utrymme med ett referat af de dimensioner, som här måste bli frågan om, ifall referatet skall kunna göra rättvisa åt de olika talarne.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar: att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n: [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Extra prov.-läk.-tj:n i Fiskebäckskils distr. (se annons i n:r 23 och 24)	30 juni.
Stadsläk.-tj:n i Åmål (ansökan, ställd till stadsfullmäktige, inlämnas hos magistraten)	4 juli.
En civil läk.-stip.-befattn.[2])	5 juli.
Andre underläk.-tj:n v. lasarettet i Gäfle[3]) (*ånyo* ledigförklarad; se Läk.-tidn. n:r 19—21)	5 juli.
Andre stadsläk.-tj:n i Landskrona, (ansökan, ställd till stadsfullmäktige, inlämnas hos magistraten)	5 juli.
En underläk.-tj. vid Vänersborgs hosp. o. asyls kvinnoafd.[3])	8 juli.
Prov.-läk.-tj:n i Katrineholms distr.[1])	10 juli.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Lidköping (ledig 16 aug.; löneförmåner: 1,800 kr. jämte fri bostad och kost)	11 juli.
Stadsläk.-tj:n i Vänersborg (ansökan, ställd till stadsfullmäktige, inlämnas hos magistraten)	15 juli.
Underläk.-tj:n v. las. i Linköping[3]) löneförmåner: 2,000 kr., fri bostad och kost samt 400 kr. för elevundervisning)	20 juli.
En marinläk.-tj. af 2:a graden (ansökan, ställd till Konungen, inlämnas hos marinöfverläkaren)	22 juli.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Hörby[1]) (årlig pensionsafgift 800 kr.)	8 juli.
Apoteket i Trosa[1]) (årlig pensionsafgift 200 kr.)	8 juli.
Apoteket i Eksjö[1]) (priv. uppskattadt till 40,000 kr.)	17 juli.

Af Kungl. Maj:t utnämnda eller transporterade:

Till reg:tsläk. i fältl.-kåren: bat.-läk. v. Bohusläns r:te *C. O. Livijn.*
Till marinläk. 2:a gr.: lic. *G. Liljenroth.*

Sökande:

Till *en bat.-läk.-tj. v. Dalreg:tet:* ingen sökande.

Till *prov.-läk.-tj:n i Heby distr.* (i ordn. efter tj:år): ex. prof.-läkarne von Wachenfeldt i Tjörn och Lindvall i Rättvik, prov.-läk. Eseén i Nysätra, ex. prov.-läkarna Tirén i Indalsliden, Behrman i Kungsör, Lundkvist i V:a Vram och Westberg i Löfsta, stadsläk. Nilsson i Karlskrona, ex. prof.-läk. Cavalli-Björkman i Strömstad.

Till *prov.-läk.-tj:n i Jämshögs distr.* (i ordn. efter tj:år): järnvägsläk. Lindstein i Ljusdal, prov.-läk. Nylander i Åsele, ex. prov.-läkarne Dahlborg i Rimbo och von Wachenfeldt i Tjörn, prov.-läkarna Melén i Hede och Eseén i Nysätra, ex. prov.-läkarna Carlsson i Åtvidaberg, Behrman i Kungsör, Lundkvist i V:a Vram och Westberg i Löfsta, stadsläk. Nilsson i Karlskrona, ex. prov.-läk. Cavalli-Björkman i Strömstad.

Till *prov.-läk.-tj:n i Eskilstuna distr.* (i ordn. efter tj:år): järnvägsläk. Lindstein i Ljusdal, 2:e stadsläk. Stéenhoff i Sundsvall, prov.-läkarna Robbert i Norrtälje, Tollin i Slite, Hellberg i Lycksele, Gustafsson i Tanum och Törnell i Hvetlanda, ex. prov.-läkarne Hahn i Motala, von Wachenfeldt i Tjörn, Lundgren i Älfsby, Behrman i Kungsör och Cavalli-Björkman i Strömstad.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Kand. *G. Hedblom* t. f. prov.-läk. i Kisa distr. 15 juli—1 sept. (t).
Lic. *C. Wærndt* t. f. ex. prov.-läk. i Botkyrka distr. 4—24 juli (t).
Bitr. prov.-läk. *J. A. Ekelund* t. f. 1:e prov.-läk. i Jönköpings län och prov.-läk. i Jönköpings distr. 26 juni—14 juli (s).
Kand. *M. Ljungdahl* t. f. ex. prov.-läk. i Charlottenbergs distr. 18 juni —2 juli (t).
Kand. *O. Gertzén* t. f. ex. prov.-läk. i Charlottenbergs distr. 3 juli—19 aug. (t).
Bitr. prov.-läk. *B. Ekelund* t. f. 1:e prov.-läk. i Hallands län och prov.-läk. i Halmstads distr. samt lic. *N. Wimer* t. f. bitr. prov.-läk. i samma distr. 12 juli—10 aug. (s).
Lic. *A. Ljung* t. f. stadsläk. i Strömstad 1 juli—31 aug. (t).
Kand. *D. Liljeqvist* t. f. stadsläk. i Hudiksvall 7 juli—6 aug. (t).
Underläk. *A. Arnold* t. f. asylläk. i Lund 20 juni—6 juli (s).
Bitr. läk. *H. Boberg* förestår sjukvården vid Växjö hosp. 17 juni—28 juli (s).
Bitr. prov.-läk. *Hj. Berthelius* t. f. las.-läk. i Kristianstad 23 juni—11 juli (t).
Kand. *A. G. Grönberger* t. f. underläk. v. Sofiahemmet 13 juni—28 aug. (t).
Lic. *B. Bjerner* t. f. extra läk. i Mjölby 20 juni—19 juli (nervfeber-epidemi).
Kand. *U. Wallin* t. f. stadsläk. i Enköping 9 juli—9 aug. (s).
Stadsläk. *J. Qvänsel* t. f. prov.-läk. i Lidköpings distr. 7—21 juli (s).
Kand. *L. Widner* t. f. prov.-läk. i Tingsryds distr. 2—31 juli (s).
Bat.-läk. *A. J. Lillieroth* t. f. ex. läk. v. volont.-skolorna å Karlsborg 23 juni—28 sept.
Bat.-läk. *L. Forsmark* och fältl.-stip. *G. A. P. W. Wingren* t. f. läk. v. Svea o. Bodens ing.-kårer 26 juni—28 sept., den senare till kompaniernas ankomst till Värmdön, den förre därefter.

Död:

Stadsdistriktsläkaren å Östermalm m. m., medicine licentiaten *Hugo Ferdinand Ehnbom* afled i Stockholm den 19 dennes vid 54 års ålder.

OBS.! I anseende till midsommarhelgen har detta nummer blifvit försenadt en dag.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 5 juli 1907.

4:e årg.	Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER.	N:o 27.

Innehåll: KARL DANIELSSON: Fall af akut morfinförgiftning. — Frågan angående d:r Overtons kallande till Lund. — I militärläkarfrågan. — Sv. Provinsialläkareföreningens cirkulär. — Redaktionsmeddelande. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser.

Fall af akut morfinförgiftning.

Af

Karl Danielsson.

Då akut morfinförgiftning är en relativt sällsynt företeelse, torde måhända en redogörelse för ett af mig observeradt och behandladt fall icke vara alldeles utan intresse.

Fru H., 62 år gammal, råkade den 18 februari kl. 6 f. m. af misstag intaga ett för en häst afsedt morfinpulver à 0,40 gm chlor. morph. Hon ansåg sig hafva tagit ett pulver af följande sammansättning: Rec. Phenacetini, Saloli aa gr. 0,35, Coffeinæ gr. 0,06. — Efter intagningen tyckte hon, att det smakade ovanligt beskt, men trodde detta kunde härröra af för mycket coffein och fäste därvid ingen vidare vikt. Omkring 1/4 timme senare började hon känna svårighet att andas samt fick kväljningar, men för att ej kräkas upp det intagna pulvret sökte hon ligga så stilla som möjligt och lyckades verkligen undertrycka kväljningarna. Så småningom inträdde känsla af ovanlig mattighet och svårighet att tala tydligt. Först vid 9-tiden började hon misstänka, att hon möjligen fått ett morfinpulver i stället för det afsedda, men trodde det dock vara ett af läkare utskrifvet sådant. Då undertecknad för tillfället ej var hemma, rådfrågades per telefon pat:s förre hus-

läkare, som trodde det icke vara något farligt, då äfven han var i den tron, att pulvret var utskrifvet för människor i vanlig dos; ansåg därför att stillhet vore bra mot kväljningarna och att det nog ginge öfver. Som emellertid svårigheten att tala tilltog och domning ville inträda, kom pat. vid 10-tiden på dagen själf att fundera öfver, om hon ej möjligen tagit in ett för en häst afsedt morfinpulver, som veterinär för omkr. 1 år tillbaka lämnat, och hvilket hon för »att det ej skulle lända till någon olycka» själf tagit hand om. Vid närmare efterseende befunnos dessa funderingar vara grundade, — på kapseln af vaxadt papper stod skrifvet med bläck, ehuru blekt: morfin; hon hade tagit hästpulvret 0,40 gm morfin.

Då jag, som varit på sjukresa till annat ställe, och hemkom omkr. kl. $^1/_2$ 11, fick kunskap om förhållandet, föreskref jag per telefon att ej på några villkor låta pat. somna, utan att hon skulle upp och gå; samt att på något sätt framkalla kräkningar, exempelvis genom att reta svalget. Därpå skyndade jag till ort och ställe, dit jag anlände något före 12 middagen, alltså omkring 6 timmar efter intagningen af det farliga pulvret.

Innan min hemkomst hade annan läkare tillrådt pat. att dricka mjölk samt starkt kaffe.

Det hade visat sig omöjligt att framkalla några kräkningar. Man kom då att tänka på magpump, som händelsevis fanns i huset, och ungefär en knapp halftimma innan min ankomst hade magsköljning företagits.

Jag fann pat. sittande i en korgstol så pass redig, att hon kunde berätta sitt misstag, ehuru hon endast med stor svårighet kunde frambringa begripligt tal. Ögonen voro slutna, pupillerna af knappt 1 mm:s diameter; andningen något långsam med långa andningspauser, pulsen svag, 120 i minuten.

Först företogs förnyad och grundlig magsköljning. En lösning af 3 rågade teskedar acid. gallotan. i 2 liter vatten fick först rinna in och ut; därefter sköljdes med omkring 15—20 liter ljumt vatten, tills det under längre tid runnit alldeles klart ut. I början utkom med vattnet rikligt med kaseinklumpar. Strax efter verkställd magsköljning fick pat. en subkutan insprutning af 2,5 mgm Sulfas atropic. och fick intaga 2 stora matskedar ricinolja, utrörd i omkr. 100 gm decoct cort. chinæ; därjämte fick hon dricka en kopp starkt kaffe. Sedan tvangs hon att med stöd af en eller två personer promenera i friska luften till omkring kl. 3 e. m. Kl. $^1/_2$ 2 gaf jag en ny insprutning af 1,25 mgm atropin och kl. 2 en insprutning af 0,20 gr. camph. i olja. Så snart händelsevis något uppehåll gjordes i promenaden, ville pat. segna ned och

somna. Då strax före kl. 3 slöheten tycktes tilltaga och pulsen minskas till volym och öka i hastighet, gaf jag först ett stort glas scherry samt insprutade ytterligare 0,20 gm campher och 1,25 mgm atropin; därefter klädde jag af henne och gaf en öfversköljning med kallt vatten, frotterade kraftigt öfver hela kroppen och klädde på henne till förnyad promenad. Öfversköljningen hade en exciterande verkan för några minuter; pat. morskade till sig och ville gå själf, ehuru det ej var möjligt, famlade eller plockade i luften efter något (delirier), var alldeles omedveten och pratade eller rättare lallade osammanhängande. Promenaden fortsattes till kl. $^1/_2$ 4, då pat. alldeles somnade och lät benen släpa efter sig; det var omöjligt att längre hålla henne vaken. Hon placerades därför sittande upprätt i en korgstol, fötterna omsveptes med filtar, hufvudet, som gärna ville falla bakåt, understöddes med kuddar. Pulsen var nu någorlunda kraftig, 130 i minuten. Intet buller, intet tilltal, ej heller ruskningar förmådde i minsta mån störa pat:s lugna sömn; inga retningar kunde utlösa reflexer å konjunctiva, näsa m. m. Pulsen sjönk inom en liten stund till 100, var tämligen spänd och fullt regelbunden; andningen måttligt djup, dess frekvens 8—10 i min., mestadels jämn, en och annan gång en längre andningspaus; pupillerna af medelvidd, händer och fötter varma, ansiktsfärgen starkt röd, ingen gång cyanotisk.

Kl. $^1/_2$ 6 gafs ånyo en insprutning af 1,5 mgm atropin och 0,50 gm salicyl. natr. coffein. Kl. omkr. 7, då pulsen syntes mig mattas af, ny injektion af 0,50 gm salicyl. natricocoffein.

Till kl. 7,30 hade pat. ej visat minsta rörelse, men då tycktes något slem hafva hopat sig i halsen och hon gjorde en obetydlig ansats till hosta och rörde något på läpparna. Vid försök att väcka henne uppslog hon ögonen för en sekund. Fortsatta bemödanden kröntes med framgång, pat. vaknade småningom till, började tala förvirradt och med mycken svårighet, delirerade, plockade på filten, som hon hade omkring sig, samt i luften, sökte till och med att kasta sin näsduk. Under loppet af en timme minskades svårigheten att tala, så att orden blefvo fullt begripliga; talet var dock osammanhängande, sensoriet omtöcknadt. Pulsen steg till 120 i min. En matsked Infus Digitalis ingafs. Gradvis återkom nu äfven medvetandet och pat. kunde vid $^1/_2$ 11-tiden känna igen sin omgifning, dock med en viss osäkerhet. Benen förmådde icke bära henne; hon fördes i säng; talade mycket, men mestadels oredigt. Vid 12-tiden somnade hon och sof till omkring kl. 2, då hon ytterligare fick en matsked Infus Digital. En mindre kvantitet

urin läts med någon svårighet. Lugn slummer till kl. 4, da en större mängd urin kunde utan svårighet kastas.

Kl. 6,30 f. m. d. 19:de var patienten fullt redig i tal och uttryck, sade sig ej hafva något minne af gårdagen, endast öfversköljningen erinrade hon sig såsom något »alldeles rysligt». Pulsen på morgonen 80, jämn och kraftig, pupillerna medelstora. Andningen lugn och jämn. Då pat. ännu ej haft någon afföring, fick hon fram på förmiddagen lavemang med ganska god verkan, exkrementerna fasta.

Tillfrisknandet fortskred sedan normalt, pulsen återgick till det hos pat. vanliga, 62 i min., och redan på tredje dagen var pat. ute och i rörelse.

Känsligheten för morfin är mycket olika hos olika individer. Under det att, som kändt, morfinister kunna vänja sig vid kolossala doser, tåla vid morfin icke vana personer i allmänhet ej synnerligen mycket. Den dödande dosen växlar emellertid högst betydligt, enligt Hammarsten[1]) mellan 0,06 — och 1 gram. Oscar Liebreich[2]) uppgifver att förgiftningar med ända till 3,10 gm, som gått till hälsa, hafva förekommit.

I behandlingen af morfinförgiftningar synes det, som om endast den mekaniska behandlingen (magsköljning, tvungen gång, konstgjord respiration) vore erkänd. Något motgift tycks däremot icke vara allmänt erkändt, undantagandes de kemiska, morfinen fällande eller förstörande, om de kunna bringas i direkt beröring med morfinen innan den hunnit resorberas. Härtill rekommenderas garfsyra (+ acet. natr. vid chloret. morph.) hypermanganas kalic. i dos af 0,15 gr. i litet vatten hvarje kvart tills 0,8 gm förbrukats, och sol. superjodet. kal.

Det af v. Graefe först som motgift mot m$\overset{+}{o}$ anbefallda atropinet, hvilket ännu som morfinmotgift rekommenderas i de flesta handböcker el. fickböcker (Vademecum, Pfannenstill, Hedenius, Edgren o. Jolin) har från skilda håll fått alldeles motsatta vitsord. Under det att O. Liebreich, stödd på Unverrichts undersökningar, på det bestämdaste varnar för användande af atropin vid morfinförgiftningar, anser Zuntz att det genom Binz' och hans lärjungars undersökningar blifvit experimentelt ådagalagdt, att atropin är ett godt morfinantidotum väl värdt att användas.

Hvad nu förestående fall beträffar var det en icke synnerligen kraftig 62 år gammal pat., som ej var van vid någon

---

[1]) Hammarsten: Farmaceutisk kemi.

[2]) Oscar Liebreich m. fl. Encyklopaedie der Therapie 1899. Band III. Abth I.

sorts narcoticum och ständigt reagerat starkt emot äfven små doser af sådana, ej mått väl af mindre doser opium (vin. glyc. op). Det intagna pulvret hade visserligen legat omkring ett år, men i sluten kapsel af vaxadt papper, förvaradt å torrt ställe, så att dess toxiska kraft väl ej kan anses försvagad. Först $5^1/_2$ timmar efter intagandet började den egentliga behandlingen.

Att utgången här ej blef letal beror nog på flera omständigheter. Vederbörlig hänsyn bör då tagas till dödsdosens växlande storlek. Chlor. morph., i sig själf ett ganska svårlöst preparat, var här icke heller utrifvet med socker eller andra ämnen, hvarigenom det kunnat blifva mera fördeladt och därigenom fortare löst och resorberadt. Man får väl ock tänka sig, att mjölken, som pat. rikligt förtärt, i sina koagler upptagit åtminstone en del af morfinen och sålunda under någon tid gjort den oåtkomlig för lösning och resorption, hvarefter den genom magsköljning aflägsnats. Atropinet måste här ha utvecklat antidotariska egenskaper, eljes borde väl den relativt stora dosen af 6,5 mgm sulfas. atrop. åstadkommit åtminstone några obehagliga biverkningar. Några sådana kunde jag ej iakttaga. Blodtrycket och andningen höllo sig hela tiden uppe.

Frågan angående d:r Overtons kallande till Lund.

I n:r 19 har red. refererat denna befordringsfråga sådan den då förelåg. Sedan dess har den kommit i ett nytt läge, hvarför vi här åter upptaga detta för vårt lands medicinare viktiga och intressanta spörsmål.

D:r Valdemar Wahlgren i Upsala har nämligen till Kungl. Maj:t ingifvit en anhållan, att den ifrågavarande platsen måtte i vanlig ordning förklaras till ansökan ledig, emedan han, som ansåg sig innan stadgad ansöknings- och specimineringstids utgång kunna hinna förvärfva kompetens, i annat fall blefve utesluten från möjligheten att söka befattningen.

Kungl. Maj:t remitterade W:s skrifvelse till samtliga medicinska högskolor med begäran om utlåtande.

Karolinska Institutet.

Enligt protokollet af d. 30 maj fick ärendet vid Institutet följande behandling.

Rektor, prof. *Mörner* anförde: — — — — — — — — — — —

»Meningen med remissen kan möjligen vara att skaffa utredning angående utsikterna för licentiaten Wahlgren att vinna den af honom åsyftade kompetensen.

Med afseende på denna fråga vill jag påpeka, att handlingarna icke lämnade någon upplysning, som kan vara till ledning vid bedömandet af densamma. Inga examensbetyg vidfogas licentiaten Wahlgrens skrifvelse, och inga upplysningar lämnas om hvad sökanden gjort för

sin utbildning i farmakologi; ej heller meddelas, om han i närbesläktade ämnen, särskildt i fysiologi, gjort mer, än som fordras för de medicinska examina» — — — — — — — — — — — — — — —

Inom ett farmakologien närstående ämne, kemi, kände prof. M. af litteraturen 2 arbeten af W., en mindre uppsats och ett mer betydande arbete, hvilket han betecknade som ett »godt arbete».

Härefter fortsätter prof. M.: »Dock erhåller jag hvarken genom den inlämnade skrifvelsen eller genom min kännedom för öfrigt om licentiaten Wahlgren möjlighet att besvara frågorna — om — när — eller i hvad grad han kan komma att uppnå skicklighet för professuren i farmakologi vid Lunds universitet.» — — — — — — — — — — —

»Remissen kan vidare tänkas afse att få belysning af den frågan, huruvida det, för att sökande skall kunna erhålla en plats vid våra medicinska läroverk, kräfves, att han är medicine doktor, fullgjort härför nödiga prof eller öfverhufvud skall besitta någon viss formell kompetens.» —

Efter att ha granskat nu gällande statuter i detta afseende finner prof. M., att genom statuterna af 1876 afskaffats alla formella kompetensvillkor och att den enda gällande grunden är »graden af ådagalagd vetenskaplig skicklighet hos den sökande». — — — — —
— —

»Det kan frågas, om det är skäl att återinföra något dylikt formellt kompetensvillkor. Så synes mig icke vara fallet, ty det skulle kunna leda till konsekvenser, som icke vore önskliga. Det förmäles, att den i medicinens historia odödliga Pasteur icke kunde vinna anställning vid någon medicinsk fakultet i Frankrike, därför att han icke var läkare, eller hade läkareutbildning. Ja, det säges till och med, att man från medicinskt håll gjorde försök att på denna grund hindra eller försvåra hans forskningsarbete på det medicinska området. Till lycka för medicinen synas dessa försök hafva haft endast ringa framgång. Exemplet uppmuntrar emellertid icke till uppställande af formella kompetensvillkor.»
— —

»Det har sagts, att grundlagens bestämmelse om rätt för Kungl. Maj:t att till vissa tjänster kalla utländske män »af utmärkt förtjänst» bör skjutas åsido, så snart någon svensk säger sig vilja söka den plats, som det är fråga om, och förklarar sig hafva förhoppning att inom en icke allt för aflägsen tid kunna förvärfva skicklighet till densamma. Det synes mig betänkligt att fastslå en sådan uppfattning. — — — — Om man endast skulle tänka på hvad som vore fördelaktigt för de unge svenske ämnessvennerna, vore det visserligen ändamålsenligt att fastslå, att nämnda grundlagsbestämmelse finge tillämpas endast i det fall, att ingen svensk hade tanke på att söka platsen, som det kan vara fråga om. Sådan uppfattning torde emellertid icke vara lika fördelaktig för vinnande af de bästa krafterna för de akademiska lärareplatserna, men det är väl detta sista, som grundlagsbestämmelsen afser att möjliggöra.»
— —

»På grund däraf, att jag icke är i tillfälle att bilda mig ett omdöme om licentiaten Wahlgrens utsikter att uppnå skicklighet till den professur, som det är fråga om, och i betraktande af det, som jag anfört beträffande principiella synpunkter för frågans bedömande, saknar jag anledning att förorda bifall till licentiaten Wahlgrens begäran.»

Prof. *Key-Åberg* anförde: — — — — — — — — — — — — — — —

»Föreliggande fråga äger uppenbarligen en mycket stor principiell innebörd, hvilken torde kunna formuleras sålunda: Kan det ur det all-

männas synpunkt anses berättigadt och för den vetenskapliga forskningen i vårt land gagneligt att till professurerna vid våra universitet och högskolor kalla utländske män, låt vara de mest framstående sådana, innan för hvarje särskildt fall full visshet vunnits därom, att det inom landet hvarken finnes kompetent sökande till platsen eller person, hågad att inom vederbörlig tid styrka sin kompetens till denna? Jag finner mig nödgad besvara denna fråga nekande, ja håller, särskildt med hänsyn till vårt lands ringa antal akademiska lärostolar, före, att det på den inhemska vetenskapliga forskningen skulle komma att inverka i hög grad menligt, därest den praxis komme till stånd att, annat än i ytterst sällsynta, af särdeles tungt vägande skäl förestafvade undantagsfall, till våra akademiska lärostolor kalla utländingar. I sammanhang härmed vill jag erinra därom, att, därest en praxis som den nämnda tillförne hos oss tillämpats, icke så alldeles få platser, hvilka innehafts och innehafvas af dugliga lärare och framstående vetenskapsmän, ganska säkert varit besatta med främlingar.

Att den till kallelse föreslagna doktor E. Overton äger den för en sådan kallelses berättigande erforderliga rent vetenskapliga skickligheten finner jag visserligen vara satt utom allt tvifvel, men finner mig icke lika öfvertygad om doktor Overtons fulla kompetens för skötandet af den plats, hvartill man hemställt om hans kallande. Den blifvande innehafvaren af den e. o. professuren i farmakologi måste gifvetvis alltid få den viktiga uppgiften att i en eller annan form meddela en för den praktiska läkaren lämpad undervisning i sitt ämne. Vid sådant förhållande måste det, enligt min mening, alltid betecknas som en brist i samme lärares kompetens, därest denne icke styrkt sig hafva idkat medicinska studier.

Till sist kan jag icke underlåta att uttala min förvåning öfver att ett förslag, sådant som det ifrågavarande, kunnat framkomma och vinna den tillslutning, det fått, i en tid, präglad af den nationella syn på tingen, hvilken f. n. på alla områden gör sig gällande, och samtidigt med det att inom den medicinskt intresserade världen sträfvandena ganska allmänt gå ut på att t. o. m. i ämnen sådana som kemi och fysik få undervisningen uteslutande meddelad af medicinskt utbildade lärare.

Jag håller sålunda före, att, sedan svensk man, hvilken aflagt medicine licentiatexamen, förklarat sig önska söka ifrågavarande professur, frågan om att till samma professur kalla en främling af utmärkt skicklighet, bör förfalla och endast för det fall återupptagas, att det icke skulle lyckas licentiaten Wahlgren eller annan svenskfödd person att inom öflig ansöknings- och specimenstid förvärfva den för professurens erhållande nödiga kompetensen.»

Vid anställd votering förenade sig samtliga lärarkollegii medlemmar, utom prof. Mörner och Santesson, i den af prof. Key-Åberg uttalade meningen.

Upsala medicinska fakultet.

Fakulteten beslöt den 31 maj efter öfverläggning enhälligt att afgifva följande utlåtande: — — — — — — — — — — — — — — —

»Den föreliggande frågan, huruvida, sedan vetenskapsman, känd för utmärkt skicklighet, blifvit jämlikt universitetsstatuternas § 80 anmäld till erhållande utan ansökning af ledigt professorsämbete, och därefter annan person hos Kungl. Maj:t gifvit sin afsikt tillkänna, att, därest ämbetet förklaras till ansökning ledigt, söka detsamma, det ifrågavarande ämbetet med afseende fästadt härvid bör i vanlig ordning anslås ledigt, torde ej kunna vinna en allmängiltig lösning. Å

ena sidan kan nämligen proportionen mellan de båda kandidaternas meriter vara sådan, att ett ledigförklarande af ämbetet med all säkerhet endast skulle innebära en tidsförlust utan att i ringaste mån kunna inverka på utgången, hvarvid dessutom kan inträffa, att den till ämbetet anmälde ej ville eller kan söka detsamma, så att universitetet kunde gå miste om förmånen att binda honom vid sig. Men å andra sidan lära äfven förhållandena kunna vara sådana, att den andres rätt gås för när, därest ej ämbetet anslås ledigt.

I här föreliggande fall torde emellertid ingen risk förefinnas för, att Lunds universitet skulle gå miste om doktor Overton, därest han inom professurens område äger den utmärkta skicklighet, som blifvit intygad, enär han i handlingarna uppgifvits vara villig söka svensk medborgarrätt och därefter, så vidt fakulteten kan bedöma, bör kunna konkurrera om platsen. Då härtill kommer att doktor Overton ej genomgått fullständig medicinsk studiekurs, och att ytterligare utredning genom sakkunnige torde vara önsklig, i hvilken mån den utmärkta vetenskapliga skicklighet, för hvilken han är känd, sammanfaller med det ifrågavarande professorsämbetets omfattning, samt att, därest det kunde tänkas, att genom hans utnämning medicine licentiaten Wahlgrens rätt ginges för när, denna utnämning skulle innebära utländsk mans gynnande på svensk mans bekostnad, så finner fakulteten sig böra tillstyrka, att ämbetet må i vanlig ordning förklaras till ansökning ledigt.»

Professor *Elfstrand* ville hafva i protokollet intaget ett särskildt yttrande:

Efter att ha genomgått några af d:r Overtons arbeten slutar prof. E. på följande sätt:

»Enligt min mening är doktor *Overton* utan allt tvifvel en mycket framstående forskare, som genom användande af fysikalisk-kemiska metoder lämnat viktiga upplysningar äfven i farmakologiska spörsmål, men hans arbeten falla dock hufvudsakligen inom allmänna fysiologiens område. Det kan ifrågasättas, om han inom farmakologien gjort sig känd för den utmärkta skicklighet, som skulle motivera hans kallelse till en professur i detta ämne.

Då han vidare icke är läkare, får man väl icke antaga, att han är i besittning af de medicinska kunskaper, exempelvis i allmän patologi, hvilka erfordras för att kunna bedöma och fästa de studerandes uppmärksamhet på särskildt sådana dynamiska verkningar, hvilka kunna få tillämpning vid behandling af sjukdomstillstånd. Och då nu en svensk läkare, licentiaten *Wahlgren*, hvilken ådagalagt mycket goda medicinska insikter, förklarat sig önska meritera sig för och söka den lediga extra ordinarie professuren i farmakologi vid Lunds universitet, synes mig fakulteten böra tillstyrka licentiat *Wahlgrens* ansökan, att nämnda befattning måtte kungöras till ansökan ledig.»

Lunds medicinska fakultet.

Denna fakultet vidhåller sin anhållan att få till den lediga professionen kalla d:r Overton.

Efter att ha refererat ärendets gång (se n:r 19) och särskildt ha framhållit, att fak. först med hjälp af prof. Santesson förvissat sig om. att ingen af de svenske män, som kunde komma i fråga, nu vore eller ens kunde inom snar tid bli kompetent, fortsätter fakulteten:

»Det framgår ock af det anförda, att numera licentiaten Wahlgren icke är någon för fakulteten ny eller okänd man. Fakulteten har tvärtom på sin tid skaffat sig tillfälle att med sakkunnig hjälp noga granska

hans förutsättningar och sålunda skaffat sig en fylligare och bättre, på mera objektiva grunder fotad kännedom därom, än den som lic. Wahlgren aktat nödigt meddela k. maj:t i sin ingifna skrifvelse, hvilken — såvidt den remitterats — icke innehåller därom annat än den subjektiva förmodan eller förhoppning, att han inom specimenstidens utgång skall kunna skaffa sig kompetens. Häremot vill fakulteten endast sätta som sin åsikt, att det väl i allmänhet får anses fullkomligt omöjligt att inom loppet af några månader ernå en verklig professorskompetens efter nutida fordringar.

Under senare år har väl en och annan gång händt, att, då förslag om tillsättning genom kallelse förelegat, annan vetenskapsman inlämnat skrifvelse till k. maj:t med anhållan om att platsen måtte i vanlig ordning kungöras till ansökan ledig, på det han måtte få tillfälle söka densamma, och äfven att dylik ansökan af k. maj:t bifallits, men det har då varit framstående vetenskapsmän, som framställt en dylik anhållan, eller åtminstone sådana, om hvilkas kompetens till det ifrågavarande ämbetet intet tvifvel kunnat råda, och förvisso har det aldrig förut händt, att en dylik anhållan blifvit gjord af en person, hvars inkompetens är styrkt och af den sökande själf erkänd.

Skulle en dylik anhållan bifallas, vore därmed faktiskt den fakulteterna i universitetsstatuterna medgifna kallelserätten annullerad; det behöfdes knappast mer än att en svensk man, hvilken som helst, förklarade sig önska söka, så skulle platsen för hans skull förklaras ledig. —»

»Utan tvifvel kan med fog invändas mot hvarje kallelse och utnämning af utländsk man till professorsämbete, att en dylik åtgärd möjligen kunde vara ägnad att betaga våra unga studerande lusten att ägna sig åt vetenskapligt forskningsarbete, då ju en af de vanligaste och säkraste sporrarne till dylikt arbete är utsikten att nå en professorsplats och utsikten därtill genom inkallande af utländingar för svenske män minskas.

Härvid är emellertid i detta speciella fall att beakta, dels å ena sidan att, då förslaget väcktes, icke inom landet fanns någon enda ung vetenskapsman, som ens börjat arbeta vetenskapligt i farmakologi, dels å andra sidan att en utländsk man med d:r Overtons öfverlägsna vetenskapliga kvalifikationer ytterst sällan torde stå att få. Det gäller sålunda i dubbelt hänseende ett rent undantagsfall, och om den grundlagsenligt medgifna rätten att kalla och utnämna utländsk man ej tilllämpas oftare än under dylika förhållanden, så lärer förvisso därmed ingen skada ske de unge vetenskapligt intresserade studerandena, utan tvärtom endast fördel, nämligen den fördel, som ligger i tillfället att få arbeta vetenskapligt under ledning af en så framstående lärare och forskare som d:r Overton obestridt är.»

Större akademiska konsistoriet i Lund

har likaledes enhälligt hemställt, att lic. Wahlgrens besvär ej måtte föranleda till någon åtgärd.

Universitetskanslerens utlåtande.

I skrifvelse af d. 10 juni yttrar kansleren:

»I betraktande af denna befordringsfrågas förhistoria anser jag att mediciniska fakulteten i Lund haft goda skäl att utom landet uppsöka en framstående vetenskapsman och begagna sig af den i § 80 af universitetsstatuterna lämnade rättigheten att anmäla honom till erhållande af ifrågavarande befattning.

Ehuru jag visserligen anser, att den anmärkning, som framställts mot doktor Overtons kompetens till befattningen, på den grund att han ej aflagt medicinsk examen, ej saknar betydelse vid bedömandet af hans lämplighet för platsen samt att Overtons brist på kunskap i svenska språket åtminstone till en början måste menligt inverka på hans förmåga att på ett fullt fruktbringande sätt fullgöra de med ämbetet förenade åligganden, kan jag likväl icke tillmäta dessa anmärkningar en afgörande betydelse, då, enligt hvad jag kunnat inhämta, doktor Overton är allmänt erkänd såsom en stor förmåga med stadgadt anseende för grundlig vetenskaplig skicklighet och då således genom hans utnämning till befattningen Lunds universitet skulle erhålla en betydande vetenskaplig kraft.

Då vidare, på sätt i ärendet blifvit upplyst, hvarken medicine licentiaten Wahlgren eller någon annan svensk man för närvarande är kompetent till befattningen och jag ej heller kunnat få någon visshet om att, därest densamma nu förklaras ledig till ansökan, Wahlgren skulle hinna att inom ansöknings- och specimenstiden förvärfva sig erforderlig kompetens, anser jag skäl icke föreligga, att befattningen anslås ledig till ansökan. Ett ytterligare stöd för denna min uppfattning finner jag däri, att, därest platsen nu skulle kunna göras ledig till ansökan, det måhända kunde inträffa, att doktor Overton ej ville söka densamma och att ej heller någon kompetent svensk sökande anmälde sig, hvilket resultat skulle vara för medicinska fakulteten i Lund synnerligen beklagligt.

På grund af hvad sålunda anförts får jag, under förutsättning att doktor Overton erhåller svensk medborgarrätt, hemställa det täcktes Eders K. Maj:t utan afseende å medicine licentiaten Wahlgrens ifrågavarande framställning, i nåder utnämna och förordna assistenten vid fysiologiska institutionen i Würzburg, filosofie doktorn Charles Ewert Overton att vara extra ordinarie professor i farmakologi vid Lunds universitet.

Af med. fakultetens i Lund dekanus har följande utlåtande inlämnats till chefen för Kungl. Ecklesiastikdepartementet.

Till medicinska fakultetens i Lund Dekanus.

Då jag af eder blifvit tillfrågad angående d:r Overtons allmänna vetenskapliga kompetens, hvilken till ganska betydande del är grundad på arbeten, som beröra de forskningsgrenar, inom hvilka jag själf varit verksam, är det mig en stor tillfredsställelse att vitsorda, att d:r Overtons vidtomfattande undersökningar inom förenämnda forskningsområden med rätta förskaffat honom rang bland nutidens främste naturforskare.

Hans arbeten angående cellens sätt att funktionera äro obestridligen af grundläggande betydelse.

Det skulle därför enligt min mening, då d:r Overton ännu länge kan förutsättas komma att stå på högsta punkten af sin arbetsförmåga, vara en lika sällsynt som ovärderlig vinst för utvecklingen af den rationella fysiologiskt-medicinska forskningen i vårt land, om det lyckades att till densammas förmån förvärfva en banbrytande förmåga sådan som d:r Overtons.

Det skulle vara mig en stor glädje, om jag genom detta mitt yttrande kunde bidraga till att de svårigheter, som möjligen kunna förefinnas mot d:r Overtons kallelse till Lunds Universitet, blefve undanröjda.

Jag tillåter mig också att uttala min lifliga lyckönskan till den medicinska fakulteten för dess utomordentligt lyckliga förslag att kalla d:r Overton till medlem af fakulteten.

Med utmärkt högaktning
Svante Arrhenius.

I militärläkarfrågan.

Medan vi nu hålla på med att diskutera denna segslitna fråga, så låtom oss framkomma lite hvar med våra meningar, så att ett *verkligt* bättre må kunna blifva af det hela, och eftersom början är gjord i Allm. Svenska Läkartidningens spalter, på det att hela Sveriges läkarkår skall kunna göra sin insats, och icke i facktidskriftens, så låtom oss fortsätta därmed! !

Somliga insändare hafva varit missnöjda med militärläkarnes underordnade, dåliga rangförhållanden — och det med rätta. Officerarne vid regementena komma under nuvarande goda och gynnsamma turer att snart stiga i graderna och gå förbi oss i rang — och *många* af dem begagna sig häraf att se oss öfver axeln och att behandla oss på ett öfvermodigt och ogrannlaga sätt. Detta är ett faktum, som hvilken gammal militärläkare som helst kan intyga. Och svårligen lärer detta kunna undvikas, så länge rangen finnes till — åtminstone för oss. Ty alltid hafva vi några öfversittare och härsklystna naturer öfver oss. Låtom oss därför i det nya förslaget komma *utanför all rang* och låtom oss framför allt *slippa att stå*, åtminstone i fredstid, (i krig och fälttjänstöfningar kan det ju vara en annan sak) *under militäriskt kommando,* hvilket oundvikligt har till följd en ofta ytterst kränkande och om okunnighet vittnande inblandning i våra medicinska sjukvårdsförhållanden. Det kännes i allmänhet mycket bittert och nedsättande för en, som nedlagt så mycken tid och arbete på sin utbildning, att underordna sig och emottaga befallningar (»jag befaller») af en, som icke hvarken i allmänbildning eller annars har ens tillnärmelsevis så stor utbildning. Om sjukvisittiden och fältmarscher m. m. kan man ju alltid i godo komma öfverens med regementsbefälhafvaren. Se här några belysande exempel på, huru det öfverallt tillgår!

Om en af de trenne läkarne t. ex. vid ett infanteriregemente hastigt insjuknar under pågående möten i en till synes långvarig sjukdom, inkallas någon af de andra läkarne, med dålig lön t. ex. från praktik och daglig sysselsättning att tjänstgöra. Han anhåller vördsamt att få fullgöra tjänstgöringen medelst vikarie, men som det icke konvenerar chefen och regementskvartermästaren att skrifva till vederbörande myndigheter härom (alltid ett opåräknadt arbete!), svaras han, att det icke kan tillåtas. Följden blir en afskedsansökan från läkaren. Detta har händt mer än en gång!

Ett annat exempel!

En bataljonsläkare hade under en beväringsrekrytskola isolerat tvänne beväringskompanier, i hvilkas led scharlakansfeber härjade, i tält. En vacker dag, långt innan febern var afstannad, kom en morgon en befallning från regementsbefälhafvaren, att tälten skulle nedtagas: han (regementsbefälhafvaren) behöfde dem till förläggning af tvänne andra, friska kompanier, som skulle anställa skjutöfning och andra öfningar några mil från lägret. De borttogos således odesinficerade (ej ens regementsläkarens föreställningar hjälpte), och några andra tält kunde icke anskaffas. — Vid inryckningen till ett beväringsrekrytmöte anhöll regementsläkaren, att manskapet skulle erhålla åtminstone 14 dagars permissionsförbud — dels för att man skulle kunna bedöma, huruvida manskapet hade med sig några smittosamma sjukdomar, och dels enär en häftig scarlatinaepidemi härjade i trakten omkring mötesplatsen. Denna anhållan lämnades utan afseende och svar.

Ett i bruk varande provisoriskt militärsjukhus måste på regementschefens order *ögonblickligen* evakueras, därför att några af beväringsmännens anhöriga ej funno sjukhuset med dess gamla inventarier,

hvilka på förvaltningens befallning skulle »slitas ut», så tilltalande för ögat, som de önskat. Regementet står nu i denna stund utan »sjukhus».

Mycket vanligt är, att då den tjänstgörande läkaren är som mest sysselsatt med undersökning af sjuka eller att göra ronden å sjukrummen eller sjukhuset, en ordonnans plötsligt inträder med befallning från regementschefen, att läkaren omedelbart skall inställa sig hos denne, (då vanligen frågan gäller något helt oviktigt ärende).

Det är väl också i hög grad oegentligt, att en militärläkare, som under pågående möte begär en feldiagnos, härför skall ställas inför *krigsrätt*.

Med ett ord, alla militärbefälets tilltag att med godtycke, maktspråk och kommando inblanda sig i läkarnes sjukvårdsförhallanden och ämbete, som så ofta sker, *måste* ovillkorligen anses vara i hög grad oanständigt, förargelseväckande, stötande och nedsättande för läkaren.

Allt tyckes ju nu för tiden tendera till, att den militära sjukvården mer och mer skall närma sig till och så småningom öfvergå i den civila.

Låtom oss då med ens taga steget fullt ut! Låtom oss förblifva *läkare* och *civila sådana*, äfven då vi tjäna krigsmakten — och lat oss slippa alla militära maktspråk, kommandon, allt utfarande i hårda ord och allt öfversitteri, och låtom oss enbart lyda under Sjukvårdsstyrelsen och Öfverfältläkaren!! Helt säkert skola läkarne veta att ändock iakttaga »decorum» och att underordna sig äldre kamraters (regementsläkarnes) råd, anvisningar och föreskrifter. Sådant ser man ju dagligen å lasaretterna eller huru? Den allmänbildning, läkaren i allmänhet besitter, gör att han oftast uppträder på ett fullt korrekt och gentlemannalikt sätt, om man undantager en och annan i synnerhet af en viss kategori, som uppträdt i denna tidnings spalter på senare tider.

Med fästadt afseende på hvad jag här ofvan sagt, synes mig det Grundberg—Kjellbergska förslaget i det hela godt och klokt. Men, I gode herrar, lat dem insätta en läkareplats vid hvarje regemente och kår, äfven vid Svea träng- och ingeniörkår samt pa Gotland, där kasernerna ligga på ett så stort afstånd från hvarandra, att det helt enkelt blir omöjligt att tjänstgöra å bägge på en gång; och dessutom bör väl *hvarje* kår eller regemente hafva sin egen läkare. Gifven oss därjämte ordentligt tilltagna löner, t. ex. 10.000 kronor årligen at regementsläkaren, då han nu skall afsäga sig *all* enskild privatpraktik. - - och betala äfven bataljonsläkarne ordentligt, eljes är »lappverket» åter i gång. Det blir under ett dylikt »system» en ansträngande tjänst att vara regementsläkare, i synnerhet om man har med en hop ungsocialister och unghinkar att göra, som äro ofelbara, när det gäller bedömandet af deras egna fel, skröpligheter och hälsotillstånd. En assistent vore nog af allra högsta nöden äfven under bevärings-rekrytskolan med c:a 12- à 1300 man och många och långa fältmarscher. Hvad regementsläkarens semester beträffar, bör den kunna få infalla äfven under den blida årstiden, som i många hänseenden torde vara den bästa tiden för rekreation. Vikarie å garnisonsorten för 7 kronor torde nog mangenstädes höra till de fromma önskningarnas antal. Några ord i det nya förslaget om löneinkomster vid sjukdom kunde nog ej skada. Af en riksdagsman i första kammaren hörde jag häromdagen, att militärläkarne stodo mycket illa anskrifna och hade ett mycket dåligt anseende i riksdagen. På min fraga »hvarför» kunde eller ville han ej gifva något svar. Jag kan undra, hvarifrån detta daliga anseende härleder sig? I d:r Kjellbergs motion förekom-

ner likaledes en för oss militärläkare ganska graverande passus, som lyder så: »Men det är icke blott brister i organisationen som göra, att de vid armén anställda läkarne blifva utsatta för en icke sällan berättigad kritik. I många fall beror denna på en fullständig saknad af fackutbildning m. m.» o. s. v. Det är naturligtvis alltid vi militärläkare, som hafva orätt, och beväringsmännen och deras pappor och anhöriga hafva alltid rätten på sin sida.

Låtom oss därföre ej vara »militärläkare» annat än däruti, att vi handhafva sjukvården vid regementena, och låtom oss slippa den för så många förhatliga rangen och underordnandet under militärgodtycket, ty det är i dessa två moment, som »pudelns kärna» tycks ligga i hela den nu förda diskussionen! Jag ser ingen annan utväg.

Gammal Militärläkare.

Svenska Provinsialläkareföreningens Cirkulär.

Herr Kollega!

Det gångna arbetsårets viktigaste händelse är den nya pensionslagens antagande af riksdagen. Genom denna hafva vissa nya principer införts i nästan alla tjänstemäns pensionsförhållanden. För provinsialläkarekåren har pensionsåldern framflyttats 2:ne år, sålunda till 62 år. Att icke denna nyhet skall hälsas med glädje öfver allt är ju gifvet. Det utslitande arbete, en provinsialläkare i regel måste prestera, borde ställa honom i en gynnad position med hänsyn till pensionsåldern. Denna har emellertid höjts för så godt som alla tjänstemannakårer. Ett skäl härtill torde väl hafva legat i den ökade medellifslängden. Och därför torde vi ej hafva stor anledning att beklaga oss öfver denna förändring. För öfrigt har nog mången kollega, — som vid 60 år ännu har krafter kvar, känt det tungt att så tidigt behöfva demissionera.

En annan princip, som i den nya lagen tillämpats, är, att hvarje tjänsteman hädanefter måste själf bidraga till sin pensionering. Häraf drabbas dock provinsialläkaren först efter ny löneereglering. Vi kunna hysa berättigade förhoppningar om, att lönen genom denna kommer att ökas åtminstone med lika stort belopp som den årliga pensionsafgiften.

Men det är en annan bestämmelse som vi hafva så mycket större skäl att beklaga oss öfver och protestera emot, och den innebär att hädanefter fordras 27 (i st. för förut 25) tjänsteår i statens tjänst för att erhålla pension. Det egendomliga har således händt, att pensionsutsikterna och villkoren, trots allt hvad som i saken åtgjorts, försämrats i stället för att förbättras. Kommer härtill den nya föreskriften om afkortad pension, så resulterar det hela däri, att en del provinsialläkare, som förut varit extra provinsialläkare, icke kunna få pension alls och en annan del aldrig har utsikter att få full pension. I själfva verket kunde riksdagen lika gärna beslutat sänka pensionsbeloppet till en betydligt lägre siffra.

Det hade man kunnat kalla ett klarare spel.

Tyvärr kunna vi emellertid icke helt och hållet fritaga oss själfva för beskyllningen att icke hafva i tid bevakat vår rätt. Att ingen annan gjort det t. ex. medicinalstyrelsen, hafva vi att äfven beklaga. Dessa omständigheter hafva också kunnat lämna skäl för våra vedersakare i riksdagen att motsätta sig våra önskningar. Man har där

kunnat slunga oss sådana fraser i ansiktet, som ungefär denna: »De klaga icke öfver sin nöd; alltså ha de intet att klaga öfver». Det är blott skada, att premissen är lika falsk som slutsatsen. Visst hafva vi klagat, men de, som bort höra oss, hafva ej lyssnat till.

Äfven provinsialläkareföreningens styrelse har sökt verka. Tvänne extra sammanträden har hållits af styrelsemedlemmar i Stockholm för att råda bot för det onda, och en medlem har i tvänne repriser uppehållit sig i hufvudstaden och sökt öfvertyga såväl riksdagsmän som andra. Det är nog denna verksamhet jämte doktorerna Björcks och Kjellbergs synnerligen värdefulla inlägg i de resp. kamrarnes debatter, som tillförde oss den aktningsvärda minoriteten och därmed förhoppning, att ett fortsatt, väl organiseradt och enigt samarbete en gång skall tillföra oss en rättvis seger äfven i denna strid.

Det beklagliga resultatet denna gång får icke nedslå vårt mod utan tvärtom egga oss till nya friska tag. Här hjälper synbarligen icke att endast förbida att trogen pliktuppfyllelse skall få sin belöning. När bepröfvade riksdagsmän kunna uppställa sådana satser som ungefär den, att nu bör staten passa på tillfället att på grund af den stora konkurrensen nedpressa provinsialläkarnes anspråk, då gäller det att vara på sin vakt och att icke blott med veka böner vädja till deras goda hjärtan, som sitta inne med makten. Vi måste bevisa med bindande skäl att vi, som bära ett tungt ansvar och en tung börda, också hafva rätt till skydd, när vi blifva utslitna. Vi måste upplysa allmänheten om våra behof och hålla fast vid professor Axel Keys, vår forne förespråkares i riksdagen lösenord: »Det är ej nådegåfvor vi begära; endast rättvisa.»

I och för öfverläggning om dylika och andra viktiga spörsmål, som nu äro brännande eller snart kunna väntas blifva det, inbjuder styrelsen till ett talrikt besökt årsmöte i Sundsvall å Stadshuset måndagen den 8 juli kl. 9 f. m.

Därvid förekomma utom föreningens egna angelägenheter följande frågor:

1:o Redogörelse för de »gula lapparnes» innehåll.

2:o Pensionsfrågan.

3:o Redogörelse för en petition, som af barnmorskekåren underställts provinsialläkareföreningens bedömande.

Tisdagen den 9 juli fortsätter föreningen arbetet såsom sektion af allmänna svenska läkaremötet med program, som i dess meddelande offentliggjorts.

Styrelsen föreslår årsafgiften som alltid förut till 10 kronor.

Ofvanstående beslut fattades vid prov.-läkarföreningens styrelses sammanträde i Stockholm den 6 och 7 sistl. maj.

Å Styrelsens vägnar:
Gustaf Norberg.

Carl Dahlborg.

Redaktionsmeddelande.

Redaktionen ser sig tvungen att vidtaga den förändringen i tidningens redigerande, att anonyma insändare hädanefter ej mottagas.

Härmed afses ingalunda att utesluta en kritik af sakliga förhållanden, institutioner och korperationer eller enskilda personers uppträdande, då en sådan kritik otvifvelaktigt kan vara af stor betydelse, när den är väl öfverlagd och gäller sak, ej person. Ett inlägg af denna art torde dock helt visst göra mer intryck på kollegerna, om den kritiserande öppet träder fram.

Äfven om det öfvervägande flertalet af de aktade kolleger, som uppträdt anonymt i vår tidskrift helt visst begagnat signatur uteslutande af en slags blygsamhet, torde det dock knappt kunna förnekas att af och till förekommit angrepp där man ej helt kunnat värja sig för intrycket, att angreppet betydligt skulle modefierats, om den angripande uppträdt med öppet visir.

På grund häraf införes endast de anonyma insändare, som redaktionen redan antagit till tryckning. För uttalanden i olika frågor, där författaren vill utsätta sitt namn, står däremot Läkartidningen allt fortfarande med nöje öppen.

Hvarjehanda notiser.

Säfsjö sanatorium. Den 1 Juli 1907 öppnas det nybyggda sanatoriet, som i alla afseenden är modernt och gediget inredt. Byggnaden, som har plats för 70 pat., däraf 22 i helenskildt och 48 i halfenskildt rum, är försedd med elektriskt ljus, centraluppvärmning, W.C. m. m. Priserna äro för helenskildt rum 7,50 à 6,50 kr., för halfenskildt 5,50 à 5 kr., i dessa priser inberäknade läkarvård, medicin, bad och servering å rummet åt sängliggande. — I de gamla villorna mottagas alltjämt pat. till något billigare priser, 5,50 och 4,50 kr. för resp. hel- och halfenskildt rum. — Stor ligghall finnes, i hvilken kostnadsfritt tillhandahålles liggstol och madrass, men ej öfrig utredning. — För intagande å sanatoriet fordras läkarutlåtande enligt särskildt formulär; lindriga fall ha företräde.

Angående förbindelsen till Läkarmötet i Sundsvall se häftet n:o 25.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar. att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
En underläk.-tj. vid Vänersborgs hosp. o. asyls kvinnoafd.[3])	8 juli.
Prov.-läk.-tj:n i Katrineholms distr.[1])	10 juli.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Lidköping (ledig 16 aug.; löneförmåner: 1,800 kr. jämte fri bostad och kost)	11 juli.
Stadsläk.-tj:n i Vänersborg (ansökan, ställd till stadsfullmäktige, inlämnas hos magistraten)	15 juli.

Underläk.-tj:n v. las. i Linköping[2]) löneförmåner: 2,000 kr., fri bostad och kost samt 400 kr. för elevundervisning) 20 juli.
En marinläk.-tj. af 2:a graden (ansökan, ställd till Konungen, inlämnas hos marinöfverläkaren) 22 juli.
En bat.-läk.-tj. vid Norrbottens reg:te[1]) 26 juli.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Hörby[1]) (årlig pensionsafgift 800 kr.) 8 juli.
Apoteket i Trosa[1]) (årlig pensionsafgift 200 kr.) 8 juli.
Apoteket i Eksjö[1]) (priv. uppskattadt till 40,000 kr.) 17 juli.

Af Med-styr:n upprättade förslag:

Till *prov.-läk.-tj. i Eskilstuna distr.:* F. A. Lindstein, A. F. Robbert (förord.), K. P. Tollin. (G. Stéenhoff hade återtagit sin ansökan).
Till *prov.-läk.-tj. i Jämshögs distr.:* F. A. Lindstein, E. S. Nylander (förord.), C. F. Dahlborg.
Till *prov.-läk.-tj. i Heby distr.:* J. E. von Wachenfeldt (förord.), A. Lindwall, K. G. F. Essén.

Af vederbörande myndigheter antagna:

Till stads-distr.-läk. i Malmö (fortfarande tre år fr. $^1/_7$): lic:rna *A. F. Malmström, D. Fredricson* och *A Lindau.*
Till ex. prov.-läk. i Lima distr.: las.-underläk. *O. F. F. Lindemalm.*

Sökande:

Till *ex. prov.-läk.-tj:n i Östervåla distr.* (i ordn. efter tj:år): lic:rna Emil Börjesson, H. Hofstedt och C. A. Lindgren.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *W. Svedelius* t. f. ex. prov.-läk. i Bollnäs distr. 3 juli—1 aug. (t).
Lic. *A. Warberg* t. f. ex. prov.-läk. i Klintehamns distr. 1—31 juli (t).
Bitr. prov.-läk. *H. Jennische* t. f. stads-läk. i Vänersborg (v).
Lic. *H. Forssman* t. f. las.-underläk. i Linköping (v).
Fältl.-stip. *E. B. Welinder* t. f. ex. läk. v. skjutskolan å Marma 8 juli—10 aug.
Bat.-läk. *A. J. Ekelund* t. f. ex. läk. v. Smålands art.-reg:e 22 juni—15 aug.
Lic. *V. Huss* t. f. prov.-läk. i Karlskoga distr. 15 juli—13 aug. (s).
Kand. *H. Bengtsson* t. f. ex. prov.-läk. i N:a Dalslands distr. 1—30 juli (s).
Civ.-läk.-stip. *H. Areschoug* t. f. prov.-läk. i Vimmerby 2—31 aug. (s).
Bitr. prov.-läk. *B. Egerström* t. f. 1:e prov.-läk. i Uppsala län och prov.-läk. i Uppsala distr. 15 juli—13 aug. (s).
D:r *E. Alin* t. f. barnm.-lärare och doc. *E. Bovin* t. f. bitr. barnm.-lär. i Stockholm 3 juli—16 aug. (s).
Underläk. *H. Larsson—Collin* t. f. las.-läk. i Lidköping 1 juli—15 aug. (t).
Kand. *N. A. Tidmark* t. f. las.-underläk. i Falun fr. 1 juli (v).
Marinläk. *E. Silfversparre* t. f. ex. prov.-läk. i Orsa 6—31 juli (t).
Kand. *C. A. Kling* t. f. gruf- och bergslagsläk. i Domnarfvet 1 juli—11 aug. (t).
Bitr. prov.-läk. *K. L. Eriksson* t. f. 1:e prov.-läk. i Värmlands län och prov.-läk. i Karlstads distr. 2 sept.—31 okt. (s).
Lic. *A. R. Andersson* t. f. 1:e stadsläk. i Arboga 5 juli— 17 aug. (t).
Bitr. prov.-läk. *Hj. Suber* t. f. 1:e prov.-läk. i Östergötlands län och prov.-läk. i Linköpings distr. 8 juli—6 aug. (s).
Kand. *B. Söderberg* t. f. ex. prov.-läk. i Rimbo distr. 1—21 juli (t).

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 5 juli 1907.

4:e årg.	Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER.	N:o 28.

Innehåll: J. AUG. HAMMAR: Nyare forskningsresultat och forskningsuppgifter rörande thymuskörteln. — Från läkarmötet i Sundsvall. — Referat. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser. — Epidemirapporter.

Nyare forskningsresultat och forskningsuppgifter rörande thymuskörteln.

Kort öfversikt af

J. Aug. Hammar.

Thymus har länge gällt såsom en väsentligen outforskad, en »gåtlik» beståndsdel af vertebratorganismen. Med undantag blott för de lägsta formerna (Amphioxus och vissa Cyclostomer) låter sig organet påvisas genom hela vertebratserien, och thymusproblemet har redan från den synpunkten sedt en icke ringa räckvidd.

Äfven nu är detta problem, i den mån det rör organets uppgift inom djurorganismen, långt ifrån sin lösning; dock har senare tiders undersökningar fört detsamma så långt fram, att dess konturer och omfång till en viss grad låta skönja sig och några af de vägar, på hvilka arbetet närmast har att gå vidare, låta utpeka sig. Ej få af dessa forskningsuppgifter äro af den art, att de påkalla den praktiske läkarens uppmärksamhet eller för sin lösning rent af erfordra hans medverkan. Detta är ock anledningen, hvarför jag icke ansett mig böra undandraga mig den uppfordran, som riktats till mig att redogöra för frågans n. v. läge, om jag än måst säga mig, att det härvid vida oftare måste blifva tal om under bearbetning varande eller till lös-

ning sig framställande frågor än om sådana, som redan funnit vederbörlig utredning.

Den tid är ej särdeles långt aflägsen, då man såsom körtelns sekret uppfattade den mjuka pulpösa massa, hvilken vi nu beteckna såsom dess parenkym. *Friedlebens* arbete af 1858, det mest omfattande, som hittills egnats thymus, utgår ännu från denna uppfattning. Under de närmaste åren arbetade sig en riktigare åskådning fram på grundvalen af histologiska undersökningar, som ådagalade hos parenkymet en byggnad, nära erinrande om den hos lymfoid väfnad, d. v. s. af ett retikulum, hvars maskor utfyllas af små rundceller (lymfoida celler, lymfocyter). Likheten blef än mer påfallande, sedan *Schedel* (1884) visat, hurusom äfven i thymus en nybildning af dylika celler normalt äger rum. På mer än ett håll ställde man sig vid denna tid ej obenägen mot den af *His* (1861) ursprungligen framkastade tanken, att märgen vore en lymfbehållare, och att sålunda thymuslobulus vore att uppfatta såsom en »ut- och invänd» lymfkörtel, d. s. en med central i st. f. i hufvudsak periferisk lymfsinus.

Det var den embryologiska forskningen förbehållet att gifva uppslaget till frågans vidare utveckling. Förberedd genom flere forskares tidigare gjorda iakttagelser, offentliggjordes redan 1879 af *Kölliker* upptäckten, att thymus har ett epitelialt ursprung och anlägges från ett bestämdt område af svalgepitelet. Genom andra forskares efterundersökningar klarlades snart detaljerna af detta tidigaste stadium i organogenesen, och det visades, hurusom för däggdjuren hufvudsakligen 3:e inre gälfickans epitel är utgångspunkten för thymusbildningen.

I och med denna upptäckt framstod såsom en nödvändighet att söka klargöra, i hvad förhållande denna ursprungliga epiteliala byggnad står till den senare »lymfoida». Länge trodde man sig efter *His'* (1880) och *Stiedas* (1881) föredöme ha funnit lösningen i förekomsten af en atrofi af epitelet och en substitution af detsamma genom inväxande bindväfselement, som gåfve upphof till den definitiva strukturen. De koncentriska epitelkomplexerna i märgen — de Hassallska kropparne — vore rester af det ursprungliga epitelet. Denna lära betecknas i allmänhet såsom den om en pseudomorfos af organet.

Redan *Kölliker* hade emellertid anvisat en annan väg till frågans lösning genom framhållandet af en ombildning af de epiteliala cellerna i smärre former. Denna s. k. transformationslära har på senare tid erfarit en allt större anslutning. Såväl *Kölliker* som hans efterföljare hafva därvid emellertid hufvudsakligen fäst sig vid de talrikaste och tydligast fram-

trädande thymuselementen, lymfocyterna. Det är dock långt ifrån säkert och, såsom nedan skall närmare antydas, t. o. m. ej alldeles sannolikt, att thymuslymfocyterna bildas på detta sätt.

Annorlunda ställer sig saken med thymusretiklet. En noggrann undersökning af dess uppkomst ger med visshet vid handen, att detsamma framgår genom ombildning till grenig form af den ursprungliga thymusanläggningens epiteliala element, mellan hvilka lymfocyter — hos vissa species relativt långsamt, hos andra hastigare — anhopa sig. Retiklets celler antaga i organets centrum större former än i dess periferi, lymfocyternas antal blir på det förra stället icke så stort som på det senare; dessa båda moment betinga märgens protoplasmarikare beskaffenhet. I det enskilda celler eller cellgrupper af märgens retikulum särskildt starkt hypertrofiera, uppstå bilder af mycket växlande karaktär. Hos lägre vertebrater antaga dessa hypertrofiska celler icke sällan utseende af »myoida celler» med en fibrillstruktur, som ofta nära erinrar om den tvärstrimmiga muskeltrådens; hos däggdjuren och särskildt hos människan bilda de bl. a. koncentriska cellanhopningar, de Hassallska kropparne. Då dessa hypertrofiska celler aldrig saknas, så länge organet är i full funktion, men väl i framskridna involutionsstadier, synas skäl föreligga att uppfatta dem såsom förmedlare af åtminstone vissa sidor af denna funktion; rudiment från fosterlifvet äro de i hvarje fall lika litet, som de betingas af organets begynnande åldersinvolution — de finnas hos människan redan i 3:e fostermånaden.

Ingenstädes framträder thymuskörtelns egenskap att vara ett af lymfocyter genomsatt epitel klarare än hos benfiskarne. Här äger det hittills knappast beaktade förhållandet rum, att det epiteliala materialet till organet icke såsom hos öfriga vertebrater växer på djupet och afskiljes från ytepitelet, utan det är detta sistnämnda självt, som inom thymusområdet förtjockas och genomsättes af lymfocyter, m. a. o. organet behåller här hela lifvet igenom karaktären af ett ytbegränsande svalgepitel. Hos vissa former är det nästan kärlfritt, hos andra genomsättes det af mer eller mindre utvecklade kärlförande papiller och hos ännu andra äro papillerna förlängda till greniga vaskulariserade bindväfstråk.

Är således thymusretiklets epiteliala natur klar, så är saken vida mindre utredd beträffande den andra hufvudkomponenten i parenkymet, lymfocyterna. Såsom ofvan antydts, har den af *Kölliker* ursprungligen uttalade åsikten, att dessa celler framgå genom omvandling af thymusanläggningens epitelceller, på senare tid vunnit kraftig anslutning. Ja, *Beard* (1894)

och med honom enstaka andra forskare hafva gått så långt, att de velat göra thymus till urkällan för allt hvad leukocyter heter i kroppen. Denna åsikt är med visshet ej riktig. Beträffande snart sagdt alla vertebratklasser har det visats, att leukocyter — äfven lymfocyter — finnas i talrik mängd både i bindväf och blod rätt länge, innan de uppträda i thymus, ja hos åtskilliga djur, innan någon thymus ens är anlagd.

Stöhr (1906), som delar den här intagna afvisande hållningen gent emot *Beards* hypotes, men ansluter sig till transformationsläran, har helt nyligen trott sig böra förneka dessa »små thymuscellers» lymfocytära karaktär. Utöfver de skäl, som i allmänhet andragas för transformationen, och hvilka äro allt annat än bindande, finner han stöd för sin uppfattning i uppträdandet af epiteliala cellformer inom thymus vid hvarjehanda tillfällen. Dessa epiteliala celler hafva enligt *Stöhr* framgått af de »små thymuscellerna» genom tillväxt af enskilda eller grupper bland dem. På sådant sätt dokumentera dessa celler sig vara icke äkta lymfocyter utan blott små lymfocytliknande epitelceller.

Undersökningar af *H. Rudberg* öfver thymus' förhållande efter röntgenbestrålning visa klart, att den *Stöhrska* uppfattningen icke kan vara riktig. Redan några få timmar efter en dylik behandling hemfalla thymuslymfocyterna allmänt åt ett sönderfall, hvars produkter i första hand upptagas af retikulumcellerna, af dem digereras och upplösas. Äfven under dessa förhållanden, där således lymfocyterna äro utom räkningen, framträda de ifrågavarande epiteliala cellformerna, och de angifva sig nu liksom ofta annars tydligt såsom integrerande beståndsdelar af thymusretiklet.

Äfven eljes känner man intet, som talar för den af *Stöhr* häfdade olikheten mellan de små thymuscellerna och äkta lymfocyter. Samma ömtålighet gentemot röntgenstrålar tillkomma båda cellslagen (*Heineke* 1904 o. *Rudberg*), båda äga de amöboid rörelseförmåga, båda basofilt protoplasma. Mera ingående jämförelser mellan thymuslymfocyterna och kroppens öfriga likartade celler föreligga f. n. icke; undersökningar i denna riktning äro emellertid påbörjade af *Laurell*.

Jag har redan antydt, att skälen för läran om thymuslymfocyternas autochtona uppkomst äro föga bindande. Till förmån för det andra alternativet, att dessa celler från början utifrån inkommit i organet, låter sig ej heller någon fullt afgörande bevisföring förebringas. Ett par iakttagelser föreligga likvisst, som synas mig f. n. göra detta alternativ till det sannolikare af de två. Så har *Rudberg* visat, hurusom, sedan i stort sedt alla lymfocyter i thymus genom röntgenbehandling förstörts,

en regeneration af sådana celler kan uppträda, utan att några mitoser inom organet låta sig påvisas; väl befinnas däremot lymfkärl och interlobulär bindväf inom detsamma öfversvämmade af dylika celler.

Vidare visa sig hos benfiskar vid den embryonala thymusutvecklingen en infiltration af lymfocyter i stor utsträckning uppträda i bindväfven under thymusområdet, redan innan epitelet självt genom ökade mitoser eller annorledes visar ändrad beskaffenhet gentemot närliggande epitelområden. Från bindväfven tyckas lymfocyterna intränga i epitelet och här föröka sig.

Saken är långt ifrån utan betydelse äfven i fysiologiskt afseende. Såsom den mikroskopiska bilden nogsamt ger vid handen och *Hewson* (1777) och *His* (1861) experimentelt ådagalagt, lämna lymfocyterna redan normalt i afsevärd grad thymus, och under vissa anormala inflytelser tager denna utförsel betydande dimensioner. Uppstode nu verkligen thymuslymfocyterna autochtont, blefve ju den fysiologiska uppgiften närmast att söka utröna betydelsen däraf, att sådana celler af epitelial härstamning med lymf- och blodbanorna tillfördes andra organismens delar. Visar sig åter det här gjorda antagandet af cellernas ifråga exogena härkomst vara riktigt, måste frågeställningen snarare blifva, hvad betydelse det kan äga, att på detta sätt lymfocyter uppträda inom thymuskörtelns epitel och där föröka sig, för att i större eller mindre antal vid andra tillfällen åter lämna detsamma.

Obesvarade som sådana frågor f. n. måste förblifva, leda de emellertid osökt närmare inpå spörsmålet om den funktionella labilitet, som är för thymus i så hög grad utmärkande.

Om ett djur dödas omedelbart efter en period af fasta, visar thymus en allt efter fastetidens duration mer eller mindre höggradig förminskning. Såsom undersökningar af *Jonson* ge vid handen, är sålunda redan 4 dygns fullständig svält tillräcklig att nedbringa organets vikt hos en icke könsmogen kanin till under hälften. En månads afknappning i kosten därhän, att djurets kroppsvikt hålles konstant, förmår nedbringa vikten ända till $^{1}/_{100}$ af den för åldern ifråga normala. Thymusparenkymet täflar härvid i känslighet med fettväfven.

Den tillfälliga eller *accidentela involution* af organet, som här föreligger, visar mikroskopet bero på en utförsel i stor skala af lymfocyter hufvudsakligen genom lymfvägarne. Då samtidigt dessa celler inom parenkymet visa en betydlig nedsättning i sin under normala förhållanden flitigt pågående mitotiska förökning, blir följden en rarefiering af lymfocyterna i parenkymet, barken minskas i omfång och förlorar slutligen alldeles sin säregna karaktär, hela parenkymet antar här-

vid ett mera likformigt epitelialt utseende. I senare stadier tillkommer efter hand en degeneration af retikulumceller, hvilken i sin mån bidrager att minska icke blott organets totalvikt utan i än högre grad dess parenkymhalt, dess parenkymvärde. Vid inträdda gynnsammare nutritionsförhållanden återuppträda lymfocyterna i större mängd, barkområdena framträda på nytt; den normala thymusstrukturen och den normala thymusvikten kunna på sådant sätt återställas.

En annan form af accidentel involution framkallas genom röntgenbestrålning. Såsom redan är sagdt, karakteriseras den genom ett hastigt försiggående lokalt sönderfall af lymfocyterna. Äfven här får organet genom retikulumcellernas sammanslutning efter lymfocyternas försvinnande en epitelial karakter. Senare tillkommer en utbredd degeneration äfven af retiklets celler, hvilken anmärkningsvärdt nog kan i stor skala fortgå, ännu sedan regenerationen af lymfocyterna redan börjat komma till stånd.

Den form af accidentel involution, som framkallas genom svält, återfinnes i sina allmänna drag vid flertalet sjukdomar, i allmänhet mer utpräglad i den mån sjukdomen i fråga djupare ingriper i organismens nutrition. Hos barn i det första lefnadsåret, hvilka dött i tuberkulos, är det sålunda alls icke ovanligt att finna en thymusvikt af 0,5—1 gm, under det att den normala vikten vid samma tid är 14—20 gm. Hufvudmassan af denna thymusrest är då bindväf, genomdragen af helt minimala strimmor af parenkym.

Härmed skall icke vara sagdt, att den accidentella involutionen vid alla sjukdomar har hvad detaljerna vidkommer en och samma karaktär. Tvärtom finnas vid olika sjukdomar i ögonen fallande skiljaktigheter i afseende å de Hassallska kropparnes förhållande, barkatrofiens förlopp o. a. m. Studiet af dessa variationer erbjuder tvifvelsutan en tacksam angreppspunkt för ernåendet af en närmare insikt i de faktorer af toxisk och annan art, som härvid kunna tänkas jämte nutritionsrubbningen spela en mer eller mindre bestämmande roll. Ett dylikt arbete är planlagdt å patologiska institutionen i Uppsala.

Denna accidentela thymusinvolutions regelbundna förekomst vid allt hvad nutritionsrubbningar heter utesluter hvarje tanke på, att densamma, såsom vissa forskare *(v. Mettenheimer, Ruhräh o. a.)* menat, skulle vara något för barnatrofien utmärkande eller t. o. m. dennas primära orsak.

Af hvad här sagts angående thymusparenkymets stora känslighet gentemot allmänna rubbningar af framför allt nutritiv art framgår, att en bestämning af den normala thymusvikten

och därpå byggda slutsatser rörande *åldersinvolutionens* förlopp måste få en mer eller mindre missvisande karaktär, om man ej tager behörig hänsyn till den accidentella involutionen. Kunskapen om dennas förekomst är visserligen långt ifrån ny. Tvärt om hafva under de nära 250 år, som förflutit sedan dess förekomst först antyddes i litteraturen af *Wharton* (1659), rätt talrika uttalanden i denna riktning gjorts. Icke desto mindre har förhållandet aldrig ingått i det allmänna föreställningssättet, och så har det kunnat ske, att nästan alla bestämningar af den normala thymusvikten hos människan utförts utan behörig hänsyn till denna felkälla. Häri ligger förklaringsgrunden till den starka växling i åsikter, som inom detta område möter inom litteraturen, och hvarom de två yngsta mig bekanta utländska publikationerna i ämnet äro ägnade att ge en god föreställning. Den ena af *Collin* och *Lucien* (1906) förlägger maximum för thymus' absoluta vikt hos människan till tidpunkten för födelsen, den andre af *Scheel* (1906) till perioden 40—50 år! I allmänhet har man under senare år menat, att thymus hos människan vid omkring 2 års ålder befinner sig på höjdpunkten af sin viktsutveckling.

Ett material af thymi från friska, genom självmord, olycksfall e. d. aflidna, välnutrierade personer, insamladt under benägen medverkan af ett flertal in- och utländska kolleger, har gifvit vid handen, att thymus växer ända till pubertetsperioden, då den uppnår en medelvikt af cirka 37,5 gm. Då inträder en hastig involution af parenkymet, hvilken i första hand reducerar barken, men äfven minskar märgen. Såsom redan 1890 visades af *Waldeyer*, kvarstå dock ända in i ålderdomen stråk af parenkym, om än till stor del dolda af den öfverhandtagande interstitiella fettväfven. Åtskilliga tecken tyda på, att thymus äfven i detta tillstånd af »thymisk fettkropp» ej är ett funktionellt overksamt organ. Förekomsten af mitoser i såväl lymfocyter som retikulumceller, den pågående nybildningen af Hassallska kroppar samt ej minst det förhållandet, att äfven efter puberteten en accidentel involution när som helst kan uppträda, ådagalägga nogsamt, att också hos den könsmogna och fullvuxna individen, ja ända in i ålderdomen thymus är en verksam faktor i organismens hushållning.

Dessa resultat rörande tiden för åldersinvolutionens inträdande och förlopp hos människan öfverensstämma väl med hvad *Paton* och *Goodall* (1904) tidigare visat beträffande marsvinets thymus och hvad *Söderlunds* och *A. Backmans* undersökningar gifvit vid handen beträffande kaninthymus. Enligt sistnämnda båda undersökare ligger thymus' högsta utbildning till tiden omedelbart före spermiogenesens uppträdande, hvilket

sålunda synes vara för thymusförändringarna hos hanen af afgörande betydelse. Äfven för lägre vertebrater, fåglar, amfibier, brosk- och benfiskar synes åldersinvolutionens inträdande stå i liknande tidsrelation till könskörtlarnes första funktion som hos däggdjuren. Det synes därför ej obefogadt att antaga en kausalkonnex mellan dessa två processer. Jag återkommer till frågan något längre ned.

Den tanken ligger nu nära till hands, i hvad mån de här skildrade involutionsprocesserna äro något enbart för thymuskörteln utmärkande. Spridda iakttagelser göra redan nu ej osannolikt, att detta ej är fallet, utan att till äfventyrs såväl den accidentella som åldersinvolutionen äga en viss motsvarighet inom den äkta lymfoida väfnaden, lymfkörtlar, tarmfolliklar o. s. v. Till hvad omfång detta äger rum, och i hvad relation dessa organs involution står till motsvarande processer i thymus, låter sig f. n. icke med någon grad af visshet afgöras. Undersökningar i detta hänseende hafva påbörjats af *Hellman*. Först sedan dessa afslutats, kan man våga hoppas, att spörsmålet om ifrågavarande processers betydelse för organismen i dess helhet skall låta i någon mån precisera sig.

Om den accidentella thymusinvolutionen kan sägas väsentligen kännetecknas af en rarefiering af organets lymfocyter, så finnas å andra sidan fall, där man konstaterat en abnorm förökning af dessa celler.

Här vill jag i sådant afseende blott i förbigående erinra om, att sådana förhållanden anträffats i en del fall af leukemi och pseudoleukemi. Hvad som betingar thymuskörtelns intresserande i vissa sådana fall, under det att detsamma uteblir i andra, låter sig så mycket mindre säga, som organets struktur under sådana förhållanden relativt sällan tyckes hafva underkastats något mera ingående studium. Här är uppenbarligen ett öppet fält för kommande undersökningar; af dessa kan man då ock våga hoppas utredning af frågan, i hvad mån dessa sjukdomar förmå framkalla en förnyad utveckling af en redan åldersinvolverad thymus, eller m. a. o. hvad man kallat en revivescens af organet.

En höggradig förökning af thymuslymfocyternas antal karaktäriserar äfven den thymushypertrofi, som man funnit i många fall af plötslig död, särskildt hos barn och som föranledt namnet *mors thymica** Mängden dylika celler kan rent af gifva parenkymet på sina ställen en tjockflytande beskaffenhet, så att vid dess genomskärande en varliknande vätska utrinner, kvarlämnande större eller mindre intraparenkymatösa håligheter.

---

* Äfven inom veterinärmedicinen äro analoga fall kända.

Antalet offentliggjorda fall af mors thymica är så stort, beskrifningarna äro särskildt i anatomiskt afseende så ofullständiga och samtidigt äro de framställda hypoteserna så talrika, att det här icke kan blifva tal om annat än några korta antydningar i ämnet. Hvad som ansetts vara för thymusdöden mest karakteristiskt är vid frånvaron af andra sjukliga förändringar, thymusförstoringen. Att denna åsikt kunnat vinna större utbredning, beror tvifvelsutan till stor del på bristfällig kännedom om den normala thymusvikten hos människan. En granskning af dithörande litteratur ger nämligen vid handen, att i ett ej ringa antal fall normala eller t. o. m. subnormala viktsvärden å thymus förelegat. Att i andra verklig thymusförstoring varit förhanden, är lika uppenbart.

Man har velat se dödsorsaken i det tryck, som thymus i sitt förstorade skick utöfvat på omgifningen (trakea, hjärtat, de stora kärlen, vagi o. s. v.). I några fall har verkligen vid bröstaperturen en kompression af trakea till formen af en sabelbalja kunnat påvisas vid sektionen. Att häri legat den primära eller väsentliga dödsorsaken låter dock betvifla sig. Bortsedt från de talrika fallen utan thymusförstoring och utan kompressionstecken, tyder symptomkomplexen i flere af de bäst observerade fallen snarare på hjärt- än kväfningsdöd. Äfven de operativt behandlade fall, där exstirpation eller ectopexi af organet med gynnsamt resultat ägt rum, medge helt visst andra tydningar än den, att tryckverkan förelegat.

Andra hafva i vissa allmäntillstånd, framför allt rhachitis och status lymphaticus sökt orsaken till thymusdöden. Om status lymphaticus gäller, hvad som ofvan yttrats om thymusförstoringen: vår kännedom om den lymfoida väfnadens accidentela och åldersinvolution har hittills varit alltför ofullständig, för att man skulle kunna tillmäta påståendena, att en förstoring af de lymfoida organen förelegat, något större värde. Säkert är dessutom, att i vissa fall tecken på status lymphaticus och i många fall tecken på rhachitis alldeles saknats.

Svehla (1897) anger sig genom intravenös injektion af thymusextrakt hos hundar hafva framkallat thymusdödens symptomkomplex. Han anser därför thymusdöden betingas af en abnormt ökad thymusafsöndring, en hyperthymisation och en däraf framkallad förlamning af vasokonstriktorerna. *Popper* har emellertid vid företagna kontrollundersökningar trott sig kunna leda i bevis, att thymusextraktet äger förmågan att bringa blodet i kärlen i koagulation och därigenom framkalla mekaniska cirkulationsrubbningar. Upphäfves denna blodkoagulerande förmåga genom samtidig insprutning af blod-

igelextrakt, visar sig thymusextraktet ej längre verksamt i den af *Svehla* angifna riktningen.

Ändtligen har man sökt thymusdödens orsak i toxiska agentier af oss okänd natur (*Thursfield* (1902), *Blumer* (1903) o. a.) I detta hänseende synes *Wiesels* (1904), *Sergents och Bernards* (1906) nyligen gjorda framställning om hypoplasi resp. insufficiens af binjurarne såsom orsak till hastig död vara förtjänt af en viss uppmärksamhet.

Hela spörsmålet om den s. k. thymusdöden och dess patologiska anatomi befinner sig, efter hvad jag tror mig veta, under bearbetning af en svensk kollega, af hvars undersökning ökad klarhet i frågan torde vara att förvänta.

Det är långt ifrån osannolikt att äfven vid andra fall af thymusförstoring, om hvilka längre ned något skall ordas, förökning af lymfocyternas antal kan ingå såsom en mer eller mindre bestämmande faktor. De föreliggande anatomiska undersökningarne gifva dock i detta hänseende alltför litet besked, för att man härom skulle kunna yttra sig.

Om sålunda thymus otvifvelaktigt i ett mycket stort antal fall visar ett nära beroende af allmäntillståndet i organismen, finnes å andra sidan åtskilligt, som talar för att körteln i sin tur förmår utöfva inflytande på andra kroppens organ eller organsystem. Erfarenheterna äro emellertid i detta afseende f. n. så pass splittrade och i åtskilliga afseenden så svagt grundade, att det ej kan blifva tal om att här ingå på dem alla; blott några hufvudpunkter, där det föreliggande materialet är något rikhaltigare, kunna här vidröras.

Det förtjänar då till en början framhållas, hurusom ett flertal experimentatorers samstämmande resultat gifva vid handen, att thymuskörteln icke är ett för däggdjursorganismen oumbärligt organ. Ett fåtal operationsfall, där körteln exstirperats hos människan (*König* 1898 o. a.), vitsordar att saken förhåller sig enahanda här. Skulle *Bournevilles* (1898) uppgift, att hos idioter körteln i ett stort antal fall (73 proc.) saknas, vara riktig, låge äfven häri ett bevis på organets umbärlighet för lifvets vidmakthållande. Framställningen ger emellertid icke vid handen, att i de kritiska fallen någon mikroskopisk undersökning ägt rum; så länge detta ej skett, ligger misstanken, att en stark involverad thymus förefunnits, men förbisetts, nära till hands. Uppgiften tarfvar därför i hög grad kontroll och rekommenderas till benägen uppmärksamhet hos hrr läkare vid idiotanstalter.

Beträffande lägre vertebrater (grodor) föreligger i litteraturen en uppgift af *Abelous* och *Billard* (1896) i motsatt syftning; efter dubbelsidig thymusexstirpation anges djuren myc-

ket snart dö under en karakteristisk symptomkomplex med motilitetsrubbningar, trofiska hudförändringar m. m. Skulle denna uppgift bekräftat sig, hade allvarliga grunder förelegat till frågan, huruvida verklig analogi förefinnes mellan de organ, som hos lägre vertebrater bära thymusnamnet, och det likbenämnda hos däggdjuren. De nämnda franska forskarnes resultat hafva emellertid icke hållit stånd mot företagna kontrollundersökningar. Grodorna öfverlefva total thymusexstirpation med minst samma lätthet som däggdjuren.

Pari (1905) har visat, att symptomkomplexen i fråga betingas af en infektion, som icke så alldeles sällan träffar de opererade djuren. Han synes emellertid benägen att i likhet med *Ver Eecke* (1899) antaga, att thymusförlusten härvid spelat en roll genom nedsättande af experimentdjurens resistens. Denna uppfattning har äfven bekräftats af *Cosentino* (1900), som opererat å däggdjur; då den vidare erfar ett visst stöd bl. a. af *Briegers*, *Kitatosatos* och *Wassermanns* (1892) erfarenheter, att tillsats af thymusparenkym till näringssubstrat nedsätter eller upphäfver vissa bakteriearters virulens, och då den slutligen synes stå rätt väl tillsammans med hvad bl. a. *Bartel* och *Neumann* (1905) påvisat af antibakteriella egenskaper hos lymfocyterna i lymfkörtlarne, synes här föreligga ett uppslag, som förtjänar beaktande.

Men äfven andra verkningar af thymusexstirpationen hafva angifvits. Jag uppehåller mig här icke vid en del äldre uppgifter, såsom att experimentdjuren visat ökad glupskhet men minskad viktstillväxt jämte vissa andra trofiska rubbningar, som af senare experimentatorer ej bekräftats och som möjligen torde på annat sätt kunna förklaras.

Förtjänta af vida större uppmärsamhet är den ej länge sedan gjorda erfarenheten af *Basch* (1903) beträffande vissa rubbningar i bentillväxten efter thymus' fullständiga aflägsnande. Särskildt synas hans med stor omsorg utförda försök ge vid handen, att kallusbildningen efter benbrott hos dylika djur utfaller vida svagare och äfven mikroskopiskt ger en från den normala afvikande bild.

Redan *Friedleben* (1858) hade f. ö. urgerat thymuskörtelns speciella relation till förbeningsprocessen, och han fann bl. a. hos vissa djur en bestämd olikhet i organets halt af kalksalter under och efter den egentliga förbeningsperioden. Denna uppgift synes anmärkningsvärdt nog ej hafva underkastats kontroll; då den i betraktande af sin betydelse synes mig i hög grad i behof häraf, är jag min kollega och vän prof. *C. Th. Mörner* särdeles tacksam, att han för sådan undersökning öfvertagit ett insamladt material af kaninthymi.

På de *Friedlebenska* uppgifterna har *Mendel* (1902) grundat en hypotes om rhachitis såsom beroende på funktionella rubbningar i thymus. Utgående från liknande synpunkter hafva såväl *Mendel* som *v. Mettenheimer* (1898) och *Stoppato* (1897) försökt thymusmedikation vid denna sjukdom, men som det vill synas med blott måttlig framgång. Liknande försök af *Stölzner* och *Lissauer* (1899) utföllo rent negativt. Likaså utan framgång voro *Simhubers* (1904) försök att konstatera en ändring i kalkexkretionen hos thymektiserade djur. Strödda notiser om thymus' storlek vid rhachitis (än förstoring än förminskning) frånsedda, synes organets struktur hittills mycket litet uppmärksammats vid denna sjukdom. De föreliggande fakta uppfordra emellertid afgjordt till ett närmare ingående på frågan äfven i patologiskt-anatomiskt afseende.

Föga mera utredd är frågan om thymus' ställning till blodberedningen. Så mycket synes man likvisst kunna antaga för säkert: de små thymuscellerna äro lymfocyter, de finnas under normala förhållanden i stor mängd i parenkymet före puberteten, i aftagande myckenhet efter denna period, de föröka sig flitigt inom organet och utföras från detsamma redan under normala förhållanden genom lymfvägarne (sannolikt äfven genom blodkärlen), och denna utförsel stegras betydligt vid nutritionsrubbningar i organismen.

Förtjänar thymus under sådana förhållanden till en viss grad att uppfattas såsom ett lymfoidt organ, så visa dock redan *v. Braunschweigs* (1891) och *Petrones* (1904) i hufvudsak öfverensstämmande resultat hän på, att thymus inom denna organgrupp intager en funktionel särställning. Nämnde forskare sökte genom åderlåtningar, blodförstörande gifter o. a. medel framkalla en ökad regenerativ verksamhet hos körteln men förgäfves. Tvärt om antyda beskrifningarna påtagligen en nedsättning af cellnybildningen inom organet och det är rätt tydligt, att i den väntade regenerativa reaktionens ställe en af det nedsatta allmäntillståndet betingad accidentel involution blifvit en följd af ingreppen.

Man torde under sådana förhållanden hafva anledning att söka betydelsen af thymus' lymfocytrikedom på annat håll än direkt i dess regenerativa verksamhet.

Schaffer (1893) har påpekat förekomsten af kärnhaltiga röda blodkroppar i däggdjursthymus, och hans fynd har bekräftats af enstaka forskare, nu senast af *Rudberg*. Ehuru saken uppenbarligen har sin riktighet, handlar det här likvisst om mycket sällsynta undantagsfall. Lika intressant saken är från hemogenesens synpunkt, lika oberättigadt synes det där-

för vara att såsom *Schaffer* o. a. tillmäta den någon större betydelse i afseende å thymus' funktion.

Om man än kan medge, att det anförda förmår gifva någon antydan, om den roll thymus spelar i organismens hushållning, så måste likvisst erkännas, att de föreliggande fakta på långt när icke räcka till för grundandet af en uppfattning, på hvad sätt organets inflytande gör sig gällande. För vissa sidor af detta inflytande ligger det emellertid onekligen nära till hands att ex analogia tänka på en inre sekretion, och mångenstädes i litteraturen tvekar man ej heller att utan all reservation föra organet till de endokrina körtlarnas grupp.

Till förmån för ett dylikt åskådningssätt låter ock ett och annat anföra sig. Så visar senare tids erfarenhet, att de endokrina körtlarne till en viss grad bilda ett slutet system, där rubbning i en körtel lätt nog framkallar rubbningar i en eller flera af de öfriga. Antydningar till att äfven thymus indrages i dylika rubbningar, saknas icke, ehuru det föreliggande materialet uppenbarligen är alltför ofullständigt för att medge någon klarare föreställning om omfånget af denna koordination, än mindre om orsakerna till och betydelsen af densamma.

T. v. föreligga iakttagelserna rikligast beträffande *könskörtlarne*. Redan det för representanter för skilda vertebratgrupper fastställda sakförhållandet, att pubertetsperioden är den för åldersinvolutionens inträdande bestämmande, pekar hän i riktning af en koordination mellan könskörtlarne och thymuskörteln.

En sådan koordination bekräftas genom *Calzolaris* (1898) af flere efterundersökare vitsordade erfarenhet, att kastrationen framkallar permanens af thymusparenkymet eller i hvarje fall märkbart dröjsmål i åldersinvolutionens inträdande; å andra sidan erfarenheter, som peka hän på att könskörtlarne reagera gent emot thymusexstirpation. I hvad riktning denna reaktion går, synes likväl ovisst. *Hendersson* (1904) fann thymusexstirpationen befordra könskörtlarnes utveckling; *Soli* (1907) åter har nyligen funnit experimentdjurens testes mindre än kontrolldjurens. Saken kräfver påtagligen nya och mer ingående undersökningar, som ock påbörjats af *Gellin*.

På föreställningen om en likartad antitoxisk verksamhet hos ovarier och thymus har *Blondel* (1897) grundat en framställning af klorosens natur. Där under pubertetsperioden thymusfunktionen upphört och ovarialfunktionen icke ännu i behörig grad trädt i stället, skulle ett slags interregnum inträda med autointoxikation genom produkterna af en felaktig assimilation. Öfver den rena hypotesens stadium kan jag ej finna att *Blondel* bragt saken.

I en del fall af morbus Basedowi och enkel struma har man funnit en stundom långt ifrån obetydlig thymusförstoring. *Hansemann* (1905) har icke längesedan gifvit uttryck åt den uppfattningen, att thymus här spelar rollen af en regionär lymfkörtel och på den grund förstoras. Vissa fall såsom det af *Soupault* (1897) beskrifna, där den starkt förstorade thymus (i det anförda fallet 69 gm hos en 18 års flicka) visade en betydligt ändrad, hufvudsakligen epitelial byggnad, synas ej synnerligen gynsamma för en dylik uppfattning. *Hofmeister* (1893) samt *Cadéac* och *Guinard* (1894) anse sig efter thyreoidaexstirpationer hafva kunnat konstatera en thymusförstoring. (*Blumreichs* och *Jacobys* (1896) erfarenheter gingo likvisst i motsatt riktning). I hvad mån i dessa och dylika fall en lokal eller en allmäninverkan föreligger, lärer först vara möjligt afgöra på grund af mer ingående undersökningar än de f. n. offentliggjorda. Arbete i denna riktning har påbörjats af *Utterström*.

Här är äfven platsen erinra om de icke alldeles få fall där man angifver sig med framgång hafva behandlat morbus Basedowi, struma och myxödem genom thymusmedikation (*Owen* (1895) *Cunningham* (1895) o. a.).

I än högre grad gäller för thymusförstoringen vid vissa fall af *akromegali*, att de tillgängliga fakta äro kvantitativt såväl som kvalitativt otillräckliga för att grunda ett omdöme. Liksom thymi förhållande till hypofysen är äfven dess förhållande till *binjurarne* och öfriga endokrina körtlar alltför litet utredt, för att jag här skulle kunna närmare ingå på detsamma.

Den histologiska och histogenetiska analysen gifver sålunda vid handen, att thymus är ett epitelialt organ, infiltreradt med lymfocyter. Rikedomen på celler af sistnämnda slag ställer organet i morfologiskt afseende rätt nära de lymfoida, och såsom ofvan antydts finnas iakttagelser, som häntyda på, att denna analogi i vissa hänseenden sträcka sig in på det funktionella området.

Å andra sidan vittnar åtskilligt om, att thymus tillför kroppen ämnen af betydelse för dess allmänna hushållning och därför kan betraktas såsom en körtel med inre sekretion. Det ligger nära till hands att tänka sig denna sida af funktionen förmedlad af parenkymets epiteliala komponent; man kan misstänka att hypertrofien af vissa märgceller, bildandet af Hassallska kroppar o. s. v., möjligen är det morfologiska uttrycket för denna process. Försvinnandet af dessa cellformer under loppet af den genom svält framkallade involu-

tionen (*Jonson)* pekar hän i denna riktning. Bevisad kan saken emellertid f. n. ingalunda sägas vara.

Med det ofvan anförda skall icke vara sagdt, att dessa båda sidor af organets funktion behöfva tänkas vara från hvarandra skilda och oafhängiga; måhända utgöra de blott olika sidor af en och samma för oss t. v. icke närmre bestämbar förrättning.

Man kan sålunda säga, att thymusspörsmålet, såsom jag här fattat det, har två sidor: den ena vetter åt frågan om de lymfoida organens och lymfocyternas roll i organismen; den andra ansluter sig intimt till läran om den inre sekretionen och dess organ. Blott under ständig och nära känning med dessa problem lärer det vara möjligt att föra vår kunskap om thymuskörteln framåt på de forskningsvägar, som f. n. synas ligga öppna för densamma.

Uppsala i juni 1907.

Från läkarmötet i Sundsvall.

I enlighet med det fastställda programmet (se n:r 19, s. 347) ägde det trettonde allmänna svenska läkarmötet rum i Sundsvall den 8—10 dennes med bortemot ett hundratal deltagare.

Från förhandlingarna skall Läkartidningen efter hand lämna utförliga referat; i dag måste vi inskränka oss till några kortare meddelanden. Intresset var synnerligen lifligt såväl vid de allmänna förhandlingarna som inom de olika sektionerna. Den festliga samvaron präglades af hjärtlig stämning och gynnades af strålande väder. Alla anordningar vittnade om älskvärdt tillmötesgående och omtanke från kollegerna på platsen och de lokala myndigheterna.

Såsom ordförande vid mötet fungerade professor *Medin*, såsom vice ordf. f. d. prov.-läk. *O. Söderbaum*.

Bland besluten märkas dels nedanstående uttalande, dels tillsättningen af åtskilliga kommittéer.

I anledning af ett från d:r *N. Englund* framlämnadt förslag uttalades »att det enligt mötets bestämda uppfattning förefinnes ett stort och oafvisligt behof af förändringar i nu gällande hälsovårds- och epedemistadgar särskildt med hänsyn till farsotssjukvården å landsbygden.»

För utredning angående *en själfhjälps- och understödskassa för Sveriges läkare* tillsattes en kommitté, bestående af prof.

Johansson, Stockholm, doktorerna A. Alfvén och Ivan Bratt, Stockholm, Cronberg, Nyköping, Dahlborg, Rimbo, Håkansson, Väsby, och Sjögren, Södertälje, med doktorerna Kaijser, Härnösand, Robbert, Norrtälje, och Gustaf Sundberg, Stockholm, såsom suppleanter.

Nästa möte (år 1909) förlades till *Linköping*, och tillsattes en bestyrelse med d:r Bissmark såsom ordf.

Vid mötets slut företogos de sedvanliga valen, hvarvid den förutvarande styrelsen återvaldes med undantag däraf, att i stället för professor Medin, som undanbedt sig återval, till allm. sv. läkarföreningens ordförande utsågs professor *Jonas Wærn.*

Referat.

Zur Behandlung der Pneumonie, *von Albert Fraenkel.* — *Berlin. Die Therapie der Gegenwart. 1906. Heft 1.*

Redan *Traube* grundade en vetenskaplig pneumonibehandling med stora dagsdoser digitalis, utgörande 1—1,5 gm. Denna dosering har af ett antal läkare i vår tid uppdrifvits till tre à fyra gånger större dos, därvid enligt uppgift ännu bättre resultat erhållits. Särskildt i Frankrike har denna behandlingsmetod funnit anhängare, under det den däremot i Tyskland jämförelsevis obetydligt kommit till användning. Tanken var att få en så hastig digitalisverkan som möjligt, alltså inom två à tre dagar, för att sålunda genom att reglera hjärtverksamhet och kärltryck kunna i rätt tid förebygga den skadliga verkan af pneumokockinfektion på cirkulationen. Af denna anledning användes metoden af förf. endast i svåra fall, särskildt då pulsfrekvensen tidigt hade benägenhet för att stiga otillbörligt högt, under det blodtrycket däremot hade tendens att falla. Att digitalis är vårt verksammaste medel för att reglera rubbningar i kretsloppssystemet behöfver knappt särskildt framhållas. För detta företräde har det att tacka tre egenskaper: det förstärker hjärtats systoliska egenskaper, hvilket är en följd af en direkt inverkan på muskelfibrerna; det åstadkommer en delvis i sammanhang härmed stående bättre diastolisk fyllnad af hjärtat, hvarvid det öfverfyllda lungkretsloppet ock befrias, och för det tredje förlångsammar det pulsen vid retning af vagus-centrum. Härtill kommer som understödjande moment retning af det vasomotoriska centrum, hvars omedelbara verkan ej sträcker sig likformigt till alla kärlpro-

vinser utan företrädesvis till det stora kärlområdet i underlifvet.

Den samtidigt vid pneumonibehandling med digitalis inträffade temperaturnedsättningen kommer ej olägligt, om den ock endast är af underordnad betydelse.

De stora digitalisdoserna må vid behandling af den genuina fibrinösa pneumonien blott användas under iakttagande af vissa försiktighetsmått. Först på grund af medlets kumulativa verkan, för det andra på grund af den med sjukdomens framskridande tilltagande känsligheten hos hjärtat, har digitalisterapien uteslutande användts hos sådana patienter, som voro i de tre första sjukdomsdygnen och som ej ledo af någon organisk hjärt- eller kärlsjukdom eller af kronisk nefrit. Och hafva de största doserna gifvits högst tre dagar i rad. Vill man använda digitalis i sjukdomens senare stadier, alltså närmare krisen, måste dosen väljas med stor försiktighet och måste vara väsentligen mindre än i sjukdomens början. Man förlorar då visserligen fördelen af den hastiga verkan.

Våra åskådningar öfver orsakerna till cirkulationsorganens bristande arbete i svåra fall af pneumoni, isynnerhet öfver den till grund för kollapsen liggande aftagande pulsspänningen, har under de sista åren genom *Rombergs* och *Pässlers* arbeten vunnit i klarhet. Under det man förr ansåg kollapsen uteslutande som ett uttryck för den alltmera aftagande hjärtkraften, och lämnade vasomotorernas inflytande nästan helt och hållet utom räkning, kommo Romberg och Pässler på grund af sina djurexperiment till det slut, att kärlförlamningen är hufvudsakliga anledningen till att cirkulationen afstannar. Försöken utfördes så, att pneumokockinfektion gjordes på kaniner, därvid blodtrycket sedan uppmättes vid kraftig bukmassage liksom efter kompression af aorta och vid omsnörning af densamma samt vid sensibel retning. Under det de förstnämnda ingreppen lämnade besked om hjärtats arbetsförmåga, gaf den sensibla retningen underrättelse om reaktionssättet hos det i förlängda märgen befintliga kärlnervcentrum. Det visade sig, att till och med vid starkt sjunkande blodtryck hjärtkraften jämförelsevis lång tid blef oförändrad, men det vasomotoriska centrum led en förlamning. Vid bukmassage åter steg kärltrycket, hvilket bevisar, att paresens följder förnämligast gjorde sig gällande i kärlsystemet i underlifvet, under det att kroppens öfriga kärlprovinser blefvo relativt blodfattiga. Slutligen träffas äfven hjärtat af blodbristen, så att dess arbete kort före försöksdjurens död nedsjunker till ett minimum. Följaktligen uppfattades af de nämnde undersökarne förlamningen af kärlcentrum som kollapsens egentliga orsak, och i sista instans

hänfördes förlamningen till blodets öfverfyllnad med pneumokocker. Äfven i de dödligt förlöpande, okomplicerade fallen af lunginflammation hos människor förorsakas den ogynnsamma utgången af en genom bakterieanhopning i blodet vållad kärlförlamning och ej af någon genom toxiner åstadkommen skada å hjärtmuskulaturen.

Tvenne omständigheter tala hufvudsakligen för, att försöksresultaten på djur kunna utan vidare öfverföras på pneumonien hos människor. För det första är blodtrycket i ett ej så litet antal fall i mer eller mindre grad nedsatt. I en tredjedel af fallen saknas detta sjunkande blodtryck, men ej i de svåra sjukdomsformerna. För det andra framgår af *Rombergs* undersökningar, att väsentliga anatomiska förändringar i hjärtat på förut friska pneumonici lika litet kunna påvisas efter döden som hos de med pneumonikulturer förgiftade kaninerna, ett förhållande som är motsatsen till hvad är händelsen med ett ej ringa antal difterihjärtan. I öfverensstämmelse härmed står ock den kliniska erfarenheten, att med frånseende af den tillfälligtvis under konvalescensen uppträdande förlångsammade pulsen, äro allvarligare rubbningar af hjärtverksamheten efter pneumoni sällsynta, förutsatt att pat. ej genom olämpligt förhållande öfveranstränger hjärtat. I alla händelser förekomma plötsliga dödsfall af hjärtförlamning i de senare perioderna af konvalescens endast undantagsvis efter okomplicerade fall af pneumoni, under det vid difteri, erysipelas och skarlakansfeber råder ett motsatt förhållande.

Det antagandet, att förlamning af vasomotorerna vid kollaps i pneumoni spelar en väsentlig roll, har alltså största sannolikhet för sig. Dock kunna härvidlag ej djurförsöken utan vidare öfverföras på människor. I regel förlöper pneumokockinfektion hos kaniner under bilden af en typisk okomplicerad septikämi. Vid lunginflammation hos människor hafva vi visserligen likaledes att göra med en allmän infektion af organismen men därjämte med en mer eller mindre allvarlig lungsjukdom. Att denna skulle vara utan betydelse för hjärtats förhållande, vill nog ej någon påstå, och *Romberg* och *Pässler* hafva ock inrymt åt de pneumonier, i hvilka infiltration tager ett ovanligt omfång, en undantagsställning. En gräns i dylikt afseende är dock svår att draga. Den förminskade respirationsytan och den pleuritiska smärtan hindra andningen, hvilket verkar skadligt på det syrehungrande hjärtat. Därtill kommer, att den högra ventrikeln har att kämpa mot det ökade motståndet i lungkärlen, om hvilket den påvisbara utvidgningen i en del fall ock bär vittne. Ja, till och med vid redan hotande kollaps kan öfverfyllningen i lungkärlen och stasis i kropps-

venerna vara så betydlig, att ännu på detta stadium en åderlåtning kan hafva lifsräddande verkan. Slutligen bevisar den från början i svåra pneumonier ovanligt hastiga pulsen, att toxinerna hafva en irriterande verkan antingen på det påskyndande hjärtnervsystemet eller på hjärtat själft.

Ej alltid står pneumokockanhopningen i blodet i något direkt förhållande till sjukdomens häftighet. Visserligen är säkert, att i ogynnsamt förlöpande fall pneumokockanhopning i blodet finnes i särskildt riklig mängd, men från detta finnas undantag, då sjukas blod kunna innehålla rikliga bakteriemängder, utan att några tecken till en abnorm sänkning af blodtrycket eller till en hotande kollaps förefinnas. Till och med i lättare fall af lunginflammation saknas pneumokocker nog ej alldeles, äfven om kultiveringen ej alltid lyckas, antingen emedan de förefinnas i ringa antal eller hvad som är sannolikare, emedan deras fortplantningsförmåga är nedsatt.

Genom hämolys påvisas pneumokocker i blodet sålunda: några få droppar blod sättas till en blandning af en del 90 % alkohol och två delar sterilt, destilleradt vatten i förhållandet af en droppe blod till en kcm. af blandningen. Denna centrifugeras, och af bottensatsen göres täckglaspreparat, som färgas.

Om än den andel, som den hindrade hjärtverksamheten har i förhållande till kärlparalysen, växlar i olika fall, så äro dock pröfning och användning af sådana medel, som inverka på kärlinnervation vid behandlingen af pneumoni, af stort intresse. Bland dessa medel märkes först *coffein.*

Coffeinet är ett kärlmedel, som irriterar det vasomotoriska centrum i förlängda märgen, under det dess verkningar på vagus och på hjärtmuskeln är af mera underordnad betydelse. Om sålunda dess reglerande inverkan på hjärtat står tillbaka för verkningarna af digitalis, så har det dock det företrädet framför detta sistnämnda, att det såsom *Hedbom* först visat befordrar cirkulation i koronarartererna, kanske genom att direkte utvidga dem. Vi hafva alltså rätt att tro, att coffeinet indirekt förbättrar hjärtverksamheten genom att till hjärtmuskeln åstadkomma bättre blodtillförsel. Det är också påvisadt, att coffeinverkningen på kärlnervcentrum äfven sedermera gör sig märkbar, då dess irritabilitet är nedsatt genom pneumokocktoxinernas närvaro i blodet.

Coffeinbehandlingens företräden i lunginflammation, och isynnerhet med större doser af medlet, lärde förf. först att finna i ett svårt fall af dubbelsidig pneumoni. Infiltration förefanns i båda nedre loberna och i öfre delen af vänstra lungan. På grund af höggradig cyanos gjordes på femte dygnet en större åderlåtning, som dock ej medförde någon särskildt

god verkan. Redan under de första sjukdomsdagarne hade coffein gifvits i dos af 10 ctgm 4—5 gånger dagligen, men på femte dagen, då tillståndet blef mera oroväckande, ökades dosen till 10 ctgm subkutant hvarje timma, eller inalles 2,2 gm coffein på ett dygn. Verkningen häraf var öfverraskande, i det den förut minimalt spända, mycket hastiga pulsen blef kraftigare; cyanosen minskades, all stertor försvann, och pat. tillfrisknade. I anslutning till detta har förf. användt coffein i stora doser — om än ej så stora som i det relaterade fallet — i ett stort antal lunginflammationer. Naturligtvis förelågo särskilda indikationer, antingen en tidigt inträdande, påfallande ringa pulsspänning merendels med väsentligen ökad frekvens, eller andra oroande symtom såsom cyanos eller dyspnoe i förening med hepatisation i flere lober. Medlet användes uteslutande subkutant i 10 % lösning, hvaraf gafs en spruta hvarannan eller hvar tredje timma, eller oftare. Coffeinmängden växlade mellan 0,6 och 1,5 gm på dygnet. Det subkutana ingifningssättet hade fördelen, att verkningen inträffade hastigare, hvarjämte magen skonades. Coffeinet visade sig framför digitalis hafva det företrädet, att det åtminstone ej vid sjuksängen kunde däraf påvisas någon kumulativ verkan. Det höjde det fallna blodtrycket vid många tillfällen men endast i förhållande till den använda dosen, och sällan gick trycket öfver det normala. Endast med en biverkan hade man vid de stora doserna att räkna, hvilken dock kunde vålla att med medlet måste upphöras. Biverkningen utgjordes af hjärnirritationssymptom, oro, jäktande och sömnlöshet, som observerades i 10 % af fallen. Aldrig inträdde kräkning, aldrig fick man det intrycket vid behandlingen, att coffeinet, till och med om flere gm tagits, kunde framkalla kollaps. Tvärtom, om denna inträdde på grund af sjukdomen, påverkades svaghetstillståndet gynnsamt af coffeinet.

Behandling med stora coffeindoser kan naturligen ej rädda alla svåra fall af lunginflammation, men den utgör ett riktande af våra terapeutiska medel för bekämpande af farliga tillstånd i cirkulationsapparaten. På grund af coffeinets bristande kumulativa verkningar föredrager förf. det framför de stora digitalisdoserna, hvars kumulerande effekt yttrar sig i ett väsentligt aftagande af pulsfrekvensen. Därför bör man helst undvika digitalis i de senare stadierna af pneumoni, under det att coffeinet kan användas utan någon inskränkning i berörda hänseende.

Vid genomgåendet af ett större antal journaler fann förf., att den beskrifna koffeinbehandlingen i regel ej förmådde åstadkomma lyckligt resultat i de fall, då pulsen tidigt var öfver

130 slag i minuten, medan behandlingen sällan svek, då pulsen ej uppgick väsentligen öfver 110 slag, äfven om symtomen för öfrigt voro rätt svåra.

Coffein har i motsats mot digitalis ingen märkbar inverkan på temperaturen.

Till sin verkan kan coffeinet förstärkas ytterligare af de andra medel, som incitera hjärta och kärlsystem. Härvidlag kommer först kamfer i betraktande, som verkar både på det vasomotoriska centrum och på hjärtat. Förf. använder därjämte regelbundet och med förkärlek alkohol vid behandling af de akuta infektionssjukdomarna, isynnerhet vid pneumoni. Dess bruk må dock ej öfverdrifvas och först vid verkliga kollapstecken må man skrida till användning af de starkare som cognak och champagne.

C. Runborg.

Hvarjehanda notiser.

Jubileumsfondens sanatorier. Vid början af innev. juni månad var antalet patienter, som väntade på ledig plats vid sanatorierna, följande:

	Män			Kvinnor		
	Hålahult	Österåsen	Hessleby	Hålahult	Österåsen	Hessleby
Plats i helenskildt rum à 3,50 pr dygn	1	2	3	—	2	3
» i halfenskildt » » 2,50 » »	6	10	19	7	5	15
» i allmänt » » 1,25 » »	68	45	53	39	35	47
» i » » » 0,50 » »	66	55	63	46	20	39

Upplysningsbyrå i Berlin. Genom svenska beskickningen i Berlin har till med. fak. i Uppsala inkommit meddelande om att en upplysningsbyrå för läkare, som i studiesyfte besöka Berlin, upprättats därstädes i Kaiserin Friedrich-Haus (direktor: professor Kutner). Där meddelas kostnadsfritt upplysning om fortbildningskurserna för läkare, om tider och villkor för beseende af samlingar, sjukhus och andra medicinska institutioner, om möjlighet att åhöra kliniska föreläsningar, att närvara vid operationer å kliniker och sjukhus, att deltaga i medicinska sällskaps föredragsaftnar etc.

Värmlands läkarförening beslöt vid sitt junisammanträde att afvakta hur de i Gäfle af allmänna åklagaren vidtagna åtgärderna till stäfjande af handeln med humbugsmedicin skulle utfalla, innan föreningen upptoge frågan till ny behandling.

Doktor Clarholm meddelade det statistiska resultat, till hvilket

den år 1905 tillsatta k. tuberkuloskommittén kommit beträffande Värmlands län, samt lämnade en öfversikt af hvad de andra landstingen i riket gjort till tuberkulosens bekämpande. Mötet, som utan meningsskiljaktighet ansåg nödvändigt att äfven i Värmlands län något åtgjordes i denna sak från landstingets sida, beslöt enhälligt att åter igen framhålla för vederbörande behofvet af att snabba och kraftiga åtgärder mot tuberkulosen vidtoges samt uppdrog åt föreningens styrelse att ingå till K. M. Befhde med en skrifvelse i ärendet.

Lunds universitet. Till e. o. professor i farmakologi har utnämnts assistenten vid fysiologiska instutionen i Würsburg, med. och fil. doktorn Charles Ernst Overton.

Karolinska institutet. Med. doktorn Einar Key har förordnats till docent i kirurgi.

Medikamentsförrådet i Dannemora skall enligt Kungl. Maj:ts beslut förändras till själfständigt apotek.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar. att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n: [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes; [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Stadsläk.-tj:n i Vänersborg (ansökan, ställd till stadsfullmäktige, inlämnas hos magistraten)	15 juli.
Underläk.-tj:n v. las. i Linköping[3]) löneförmåner: 2,000 kr., fri bostad och kost samt 400 kr. för elevundervisning)	20 juli.
En marinläk.-tj. af 2:a graden (ansökan, ställd till Konungen, inlämnas hos marinöfverläkaren)	22 juli.
En bat.-läk.-tj. vid Norrbottens reg:te[1])	26 juli.
Öfverläk.-tj. vid provisoriska sjukhuset i Stockholm (tillträdes 7 nästk. okt.; ansökan, ställd till hälsov.-nämnden, inlämnas på dess byrå)	1 aug.
Föreståndarebefattn:n v. Stockholms stads hälsovårdsnämnds bakteriolog laboratorium (ledig sedan 1 juli. Ansökan, ställd till nämnden, inlämnas på dess byrå)	1 aug.
Stadsdistr.-läk.-tj:n inom Östermalms östra distrikt af Stockholm (ansökan, ställd till hälsov:nämnden, inlämnad på dess byrå)	1 aug.
En bat.-läk.-tj. v. Dalreg:tet[1]) (ånyo ledigförklarad)	3 aug.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Falun[3]) (löneförmåner: 2,500 kr. jämte fri bostad och kost, 300 kr. för elevundervisning, en månads semester)	3 aug.
Stadsläk.-tj:n i Strömstad (ledig fr. 1 nästk. sept.; lön 1,250 kr.; sökes hos magistraten)	5 aug.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Eksjö[1]) (priv. uppskattadt till 40,000 kr.)	17 juli.
Nya medikamentsförrådet i Ullared[2])	1 aug.

Af Kungl. Maj:t utnämnda eller transporterade:

Till reg.-tsläk. vid Skånska trängkåren: bat.-läk. v. N:a skånska inf.-reg:tet *S. A. Kihlblom.*
Till fältläk.-stip:r i reserven: kand:rna *C. H. O. Lundvall* och *E. F. Lindstedt.*

Af las.-dir:n afgifvet förord:

Till las.-läk.-tj. i Visby: las.-läk. E. Salén.

Af vederbörande myndigheter antagen:

Till järnv.-läk. Bollnäs—Lingbo (5 år f. o. m. 1/7) lic. *W. Svedelius.*

Legitimerad:

Den 5 juli lic. *E. B. Welinder.*

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Kand. *L. Söderström* t. f. stadsläkare i Skenninge 5—21 juli (t).
D:r *G. Nyström* t. f. las.-läk. i Karlskrona 6 juli—31 aug. (t).
Kand. *N. A. Nilsson* t. f. prov.-läk. i Dalby distr. 5 aug.—4 sept. (s).
Kand. *P. Eckton* t. f. ex. prov.-läk. i Svedala distr. 5—20 juli (t).
Kand. *R. Rinander* t. f. ex. prov.-läk. i Öster Åkers distr. 1—31 juli.
Kand. *G. Hedblom* t. f. ex. prov.-läk. i Löfsta distr. 3—10 juli (t).
Lic. *Hj. Landelius* t. f. stadsläk. i Norrköping 20 juli—19 aug. (s.) o. 20—24 aug. (t).
Kand. *Y. Tegnér* t. f. las.-underläk. i Växjö 8 juli—7 aug. (t).
Kand. *J. Brahme* t. f. ex. prov.-läk. i Limhamns distr. 5 juli—3 aug. (t).
Lic. *P. A. Wickholm* t. f. stadsläk. i Västerås 7 juli—6 aug. (s).
Lic. *C. Mannheimer* t. f. bitr. barnm.-lärare i Göteborg 16 juli—15 aug. (t).
Lic. *S. N. Holmblad* t. f. 2:e stadsläk. i Sundsvall 13 juli—15 aug. (t).
Lic. *E. Heijbel* t. f. stadsläk. i Simrishamn 10 juli—10 aug. (t).
Kand. *M. Ekelöf* t. f. ex. prov.-läk. i Björkviks distr. 5—21 juli (t).
Lic. *A. Zetterblad* t. f. prov.-läk. i Sotholms distr. 8—27 juli (t).
Kand. *A. A:son Arnold* t. f. asylläk. i Lund 7—13 juli (s).
Lic. *O. Mattson* t. f. 2:e stadsläk. i Kristinehamn 15 juli—31 aug. (t).
Lic. *G. H. Allvin* t. f. prov.-läk. i Hjo distr. 16 juli—25 sept. (t).
Lic. *P. G. R. Torén* t. f. prov.-läk. i Helsingborgs distr. 13 juli—12 aug. (s).
Lic. *O. Andersson* t. f. underkir. v. Seraf.-las. 27 juni—31 juli (t).
Lic. *M. Berlin* t. f. sjukhusläk. i Norrköping 2 juli—15 aug. (t).
Lic. *C. Ekecrantz* t. f. bitr. hosp.-läk. i Uppsala 1—31 juli (s).

Död:

Med. lic. *Otto Georg Wetterstrand* afled den 11 juli vid 62 års ålder.

Öfversikt af sammandragen af epidemirapporter

för halfva månaden 1—15 juni 1907.

	Städer.					Landsbygd.				
	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa
Stockholm	—	27	39	—	66	—	—	—	—	—
Stockholms län	—	—	—	—	—	2	11	9	—	22
Uppsala	—	—	4	—	4	—	1	6	—	7
Södermanlands	—	1	2	—	3	—	5	2	—	7
Östergötlands	—	—	3	—	3	13	17	5	—	35
Jönköpings	—	—	21	—	21	—	1	6	1	8
Kronobergs	—	—	—	—	—	—	1	18	—	19
Kalmar	1	—	16	—	17	1	3	11	1	16
Gotlands	—	2	—	—	2	2	7	1	—	10
Blekinge	—	—	14	—	14	2	1	—	—	3
Kristianstads	—	—	—	—	—	1	—	26	—	27
Malmöhus	5	2	20	—	27	—	8	39	—	47
Hallands	1	1	7	—	9	—	1	13	—	14
Göteborg	2	7	6	—	15	—	—	—	—	—
Göteborgs o. Bohus	—	—	4	—	4	1	—	3	—	4
Älfsborgs	—	1	1	—	2	1	6	12	—	19
Skaraborgs	—	—	7	—	7	2	10	8	—	20
Värmlands	—	1	2	—	3	—	—	11	—	11
Örebro	11	—	—	—	11	3	34	2	—	39
Västmanlands	4	1	2	—	7	2	8	1	—	11
Kopparbergs	—	—	—	—	—	—	2	6	—	8
Gäfleborgs	3	5	1	—	9	—	10	6	—	16
Västernorrlands	—	2	6	—	8	2	4	5	—	11
Jämtlands	—	1	—	—	1	—	1	—	—	1
Västerbottens	—	—	2	—	2	—	5	1	2	8
Norrbottens	—	—	—	—	—	1	1	—	—	2
Summa	27	51	157	—	235	33	136	192	4	365

Summa sjukdomsfall i hela riket: nervfeber 60, skarlakansfeber 187, difteri 349, rödsot 4. — *Akut barnförlamning* 1 fall i Eksjö distr. och 1 i Husby distr. — Skarlakansfeber 26 fall i Fellingsbro distr.

OBS.! Läkartidningen utkommer denna gång en dag försenad med anledning af läkarmötet i Sundsvall.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 19 juli 1907.

4:e årg.	Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER.	N:o 29.

Innehåll: ARNOLD JOSEFSON: Anmärkningar mot pantsättning och försäljning af begagnade säng- och gångkläder. — Referat. — Fältläkarkårens omorganisation. — Till Sveriges läkare. — Insändt. — Extra provinsialläkartjänsten i Arvidsjaur. — I militärläkarfrågan. — Periodisk litteratur. — Hvarjehanda notiser.— Offentliga underrättelser. — Epidemirapporter.

Anmärkningar mot pantsättning och försäljning af begagnade säng- och gångkläder.

Af

Arnold Josefson.

Anledningen till, att jag tager till ordet i denna fråga, ligger närmast däri, att jag funnit det vara synnerligen vanligt att lungsiktiga pantsätta sina gångkläder. Af 220 lungsotspatienter besvarade sålunda icke mindre än 68 (30,9 %) den å Stockholms stads upplysnings- och understödsbyrå till dem ställda frågan, om de f. n. hade kläder o. d. pantsatta med »ja». Än och vanligast var det den sjukes egna kläder, än öfriga familjemedlemmars och då äfven de minderåriga barnens plagg, hvilka i nödens stund inlämnats på pantbanken. Att siffran 68 på 220 eller 30,9 % är ofanligt mycket för låg framgår redan däraf, att säkerligen en del ambitiösa individer icke besvara frågan ärligt, dels ock däraf att de framskridna sjukdomsfallen, hvilka direkt rekommenderas till sjukhus och särskildt Allmänna Försörjningsinrättningens sjukafdelning, icke passera byrån. Om man till dessa sistnämnda, hvilkas ekonomi så ofta fullständigt undergräfts af sjukdomen, skulle framställa frågan: Har ni pantsatta kläder, skulle man sannolikt finna, att så vore förhållandet i det stora flertalet fall. Nöden har

ingen lag, och kan en sjuk, hvilken kanske har en bestämd känsla af att aldrig återkomma från sjukhuset, »förljufva ännu några dagar» af sitt lif, så må man ju icke förundra sig däröfver. Ofta är det emellertid då tyvärr så, att den sjuke för de slantar, han får för kläderna, köper spirituosa och t. o. m. kommer till sjukhuset berusad.

Låtom oss emellertid antaga, att 30 % bland de lungsiktiga pantsätta sina gångkläder; själfva siffrans storlek är ju icke af någon afgörande betydelse för hvad jag vill säga. Låtom oss endast fasthålla vid det faktum, att de lungsiktiga, särskildt de svårt angripna, icke arbetsföra och därför utblottade icke sällan pantsätta sina kläder. Efter en tid förfaller panten och tillsammans med andra, icke utlösta klädesplagg nedlämnas persedlarna nu till auktionsplats samt försäljas antingen där eller sedermera »under hand» på pantbanken. Auktionsförrättaren kunde mången gång i sanningens intresse utropa: »lungsiktigas kläder till salu».

På så sätt komma nu lungsiktigas kläder in i en del ofta barnrika hem och tagas så omedelbart i användning. Köparen anar icke, att de tillhört en lungsiktig eller ock fruktar han icke smittan. Den sjuke, som pantsatte kläderna, tänkte icke på, att de kunde vara infekterade. Karakteristiskt var följande. Genom byrån erhöll en sjuk i 3:e stadiet, hvilken nyss utskrifvits från Allm. Försörjningsinrättningens sjukafdelning hjälp att utlösa sina pantsatta kläder.*) Då jag en dag fann honom iförd en helt annan kostym, än den han mottagit på byrån, frågade jag honom om sammanhanget. »Jag har bytt med bror min, ty jag hade magrat», blef svaret.

Men äfven inom den tuberkulöses eget hem öfverlåtas stundom den sjukes kläder på andra, främst *barnen*, hvilka få »ärfva» och sedermera slita ut kläderna. Detta missförhållande måste försvinna med stigande upplysning, så att dylikt endast kommer att äga rum efter föregående grundlig desinfektion.

Nu är det ju emellertid kändt af oss läkare, att kläder, äfven sängkläder efter i lungsot afliden person enligt lungsotslagen af den 13 maj 1904 måste desinfekteras. I den danska tuberkuloslagen af 1905 finna vi samma föreskrift, i det franska cirkuläret af 1901 betonas vikten af att desinfektera den sjukes möbler och kläder, och i den norska tuberkuloslagen af 1900 heter det: § 8 Gang- og Sængklæder, der er benyttede af en Syg, maa icke overlades andre til Ejendom eller Brug, før de er rensede paa saadan Maade, som efter Omstendighederne anses fornøden.

---

* Dylik hjälp lämnas i enstaka undantagsfall.

(I Neapelediktet af 1782 heter det bl. a.: § Genom myndigheternas försorg upprättas inventarielistor öfver alla klädesplagg, som tillhöra den tuberkulösa patienten; efter hans död skall tillses, huruvida alla de upptecknade plaggen ännu förefinnas. Hvarje uppstudsighet mot myndigheterna i detta hänseende straffas med fängelse eller galererna.

§ Strängt straff skall drabba enhvar, som köper eller säljer klädesplagg, som tillhört lungsotspatienter.)

Det är ju självklart, att om desinfektion af kläderna är nödvändig i ena, den ock borde vara det i andra fallet. Och detta förnekar nog heller ingen. Men den aflidnes kläder äro icke så sällan redan ute i marknaden, när desinfektören kommer.

Huru skall man nu kunna effektivt förebygga denna handel med lungsiktigas kläder? Radikalast vore naturligtvis att en gång för alla förbjuda pantlånarne att såsom pant emottaga begagnade gång- och sängkläder vare sig de tillhört sjuka eller friska. Visserligen borttoges därmed en möjlighet för den verkligt nödställde att mot en oskälig ränta (icke så sällan 100 %) skaffa sig lån på några kronor, men frågan är då den, om denna hjälpkälla icke snarare är af den art, att den i stället för att hjälpa indirekt stjälper. Härtill kommer, att ett dylikt allmänt förbud för pantsättning af gång- och sängkläder vore önskvärdt äfven ur annan synpunkt än hygienens. Det torde nämligen kunna betraktas som regel, att drinkaren för att kunna tillfredsställa sin sprithunger pantsätter sina och hvad värre är icke sällan äfven hustruns och barnens kläder och därmed ytterligare ökar eländet. Visserligen står det ett anslag på Stockholms pantlånekontor om, att berusade icke få låna, men vid de olika tillfällen, jag besökt dessa ställen har jag ständigt bland kunderna funnit onyktra, ja på ett ställe antecknade jag: »samtliga kunderna vid mitt besök mindre nyktra; föreståndaren stinker brännvin». Att pantsättning af barnkläder, utdelade af offentliga och privata välgörenhetsinrättningar, är synnerligen vanlig framgår däraf, att man t. ex. i Stockholm måst uppsätta anslag om, att dylika kläder icke emottagas. Enligt min mening måste sorgligt nog pantbanken fortfarande bestå, men ehuru bankföreståndarna enstämmigt förklarat, att deras största artikel vore kläder, anser jag att med *lag* borde förbjudas ett emottagande af begagnade säng- och gångkläder som pant. Återstår då likafullt möjligheten för den nödställde att försälja dem — en åtgärd, hvilken dock säkerligen är mindre frestande. Begagnade kläder måste hållas till salu och ett förbud i ofvan antydd riktning blefve sålunda — om jag nu tänker på de lungsiktigas kläder — endast en half åtgärd.

Inom en tillnärmelsevis kort tid kunna vi icke påräkna

ett allmänt förbud för pantlånare att emottaga begagnade kläder. Till dess synes mig i hygienens intresse följande åtgärder böra vidtagas:

1) De begagnade säng- och gångkläder, hvilka som outlösta panter försäljas på auktion eller pantbank, likasåväl som de, hvilka till försäljning inlämnats af enskild person, böra kostnadsfritt desinfekteras* före försäljningen.

2) Hvar och en, som håller begagnade kläder till salu, ålägges att till hvarje köpare samtidigt med de sålda kläderna utlämna en tryckt påminnelse om att icke bära andras kläder, förrän de grundligt rengjort dem både ut- och invändigt (fickorna!)

3) De lungsiktiga och deras familjer uppmanas att helst icke alls och aldrig utan föregående grundlig desinfektion bortskänka, bortbyta, pantsätta eller försälja af den sjuke begagnade gång- och sängkläder. (Se anvisningar att tjäna till ledning vid renings- eller desinfektionsåtgärder med anledning af lungsot, kungjorda af Kungl. Medicinalstyrelsen 1904).

I Göteborg är ett steg redan taget i den af mig antydda riktningen. Där beslöt nämligen magistraten 1900 på Hälsovårdsnämndens anmodan, »att begagnade kläder med undantag af nytvättadt linne icke finge af stadens auktionskammare försäljas med mindre än af hälsovårdsnämnden därtill bemyndigad person efter verkställd undersökning förklarat att med hänsyn till klädernas smittrening hinder för försäljning icke mötte.»

De af mig här ofvan föreslagna åtgärderna synas mig vara en naturlig följd af innebörden i den del af Kgl. Maj:ts lungsotslag, som påbjuder desinfektion af lungsiktigas kläder i händelse af dödsfall.

Referat.

Ad. Schmidt, ***Ueber die Behandlung des Magengeschwürs.*** Deutsche med. Wochenschr. 1906, n:o 47, s. 1900.

Förf. ansåg, att orsaken till magsårets uppkomst ej ännu kunde anses fullt klargjord, men att de röster ökades alltmera, som ansågo grunden därtill ligga snarare i motoriska förändringar i muscularis än i sekretoriska rubbningar. Äfven hos friska förefunnos anledningar till små defekter i epitelet och till obetydliga blödningar i slemhinnan. Frågan var då, hvar-

---

* Kläderna sändas sålunda hädanefter icke såsom nu från pantbanken till auktionslokalen direkt utan passera på vägen desinfektionsugnen.

före dylika små substansförluster i vissa fall förstorades, under det de i andra läktes utan ärrbildning. Normalt lägger sig slemhinnan genast tillsammans i ett veck öfver defekten, så att den skyddas för inverkan af magsaften. Om denna veckbildning uteblir, för hvilket anämiska och atoniska tillstånd kunna disponera, då uppstår fara för en sårbildning.

Vid sektioner anträffades ej sällan magsår i fall, som under lifvet ej alls haft några sjukdomstecken tydande därpå. Redan däraf framgick, att diagnosen af magsår kan erbjuda ganska stora svårigheter. Så lätt den än är i uttalade fall, då blod uppkräkes och häftiga till kräkning ledande magsmärtor uppstå efter hvarje intagning af föda, så svår blir den vid obestämda symtom, hvilka kunna inskränka sig till lindriga magsmärtor, känslighet vid tryck i magtrakten och oregelbundna kräkningar. Härvidlag äro af betydelse för diagnosen en allmän anämi, circumskript, städse på samma sida lokaliserad trycksmärta ,karakteristiskt uppträdande af magsmärtorna omedelbart efter intagande af fast föda. Större betydelse har ock påvisandet af öfverskott på fri syra och särskildt af hypersekretion. Är den sistnämnda ej af alimentär natur utan kontinuerlig, det vill säga uppträdande äfven på fastande mage, så vinner misstanken på ulcus väsentligt i styrka. Den blir nästan säker, om därjämte inträda lindriga motoriska rubbningar, och magen ej tillbörligen tömmes inom sju timmar efter middagen, äfven om dylika rubbningar endast tidtals skulle förekomma. Nyligen har ett ofta afgörande hjälpmedel för magsårets diagnosticerande erhållits i det Weberska profvet bestående i påvisandet af små så kallade occulta blodinblandningar i maginnehållet och bland faeces. Om det Salomonska profvet, hvilket närmast är afsedt för diagnosen af kräfta, äfven kan blifva af betydelse för igenkännandet af magsår, får framtiden utvisa. Detta prof består i påvisandet af ägghvitekroppar i sköljvattnet vid fastande mage. Under iakttagande af vissa försiktighetsmått kunde af detsamma slutas till närvaron af slemhinnedefekter, alltså af sår i magen.

I magsårets behandling hafva under de senaste åren kirurgiska ingrepp vunnit allt större insteg, under det förr endast undantagsvis skreds till operation. Indikationerna för ett operativt ingrepp måste alltså bestämmas så noggrant som möjligt. Men ännu i dag förblifver emellertid behandlingen af magsåret närmast en uppgift för invärtesläkaren. Först om hans konst sviker, hvilket lyckligtvis endast sker i ett mindre antal fall, må operation komma i fråga.

För invärtesbehandling af ulcus ventriculi är i högre grad än vid andra sjukdomar brukar vara fallet en bestämd väg

utstakad, som i allmänhet kan betecknas som en dietisk hvilokur. Från den har man att frånse endast vid svåra blödningar, vid hotande eller redan inträdd perforation och vid de olika följdsjukdomarne.

Den dietiska hvilokuren, i den form på hvilken den särskildt af *v. Leube* blifvit utbildad, utgöres af sänghvila, varma omslag på magen, sträng diet och bruk af Carlsbadervatten i små doser.

Den absoluta sänghvilan anser förf. under alla omständigheter för den viktigaste och utsträcker den längre än v. Leube önskar (10 dagar). Dess inflytande skönjes liksom vid en hel del andra mag- och tarmsjukdomar som en utomordentligt välgörande och läkningen befordrande metod, den åstadkommer i många fall ensam ett hastigt eftersläppande af smärtorna. Att den kan utöfva en så god verkan är ej så lätt att förklara, då endast ett ringa antal sår hafva sin plats så belägna å den främre väggen, att de vid ryggläge kunna för beständigt blifva skyddade för maginnehållet. Agéron antager, att belastning af stora kurvaturen specielt af antrum pyloricum genom tryck af födoämnen kan vara närmaste orsaken, hvartill kanske kommer, att dragande, respektive tryckande inflytanden från andra organ i bukhålan, från lefvern, mjälten, njurarne och från tarmen bortfalla. Vare därmed huru som helst, faktum af det gynnsamma inflytandet af ryggläge eller allmännare sagdt af sänghvila kvarstår, och därföre bör hvarje magsårssjuk hållas 14 dagar till tre veckor i sängen. Om benägenhet finnes för kräkning, så måste till och med fordras, att den sjuke undviker alla onödiga rörelser i sängen. Endast så småningom i mån af sjukdomssymtomens tillbakagång medgifves att stiga upp. En skada af sänghvilan kan på sin höjd yttra sig i att den hos många patienter kan leda till förstoppning. Denna olägenhet har dock ringa praktisk betydelse och kan dessutom afhjälpas genom det programenliga intagandet af Carlsbadervatten.

Till varma omslag föredrager v. Leube linfrögröt, som kokas med borvatten till tämligen fast konsistens, hvarefter den delas i tvänne portioner och inpackas i form af platta kakor i tvänne servetter. En af kompresserna ligger för beständigt i en termostat af bleck, i hvilken hålles genom uppstigande vattenånga en jämn temperatur; andra kompressen betäcker den förut aseptiskt rengjorda och med en tjock vaxduk skyddade magtrakten. Så snart kompressen blir kall, göres ombyte och till och med under de första 10 dagarne oafbrutet hela dagen. På natten lägges öfver magtrakten ett Priessnitzskt omslag. I stället för varma grötar kunna ock

varma vattenomslag användas. Under sista tiden af kuren böra de Priessnitzska omslagen fortfarande användas under natten, då däremot under dagen kan bäras en flanellbinda.

Från dessa föreskrifter gör v. Leube undantag endast vid blödningar, i det han vid strax förut inträffade dylika ej ger några omslag alls, ej ens Priessnitzska, utan lägger han på magtrakten en isblåsa. Hafva före behandlingen under de sista tre månaderna förekommit blödningar, så användas blott Priessnitzska omslag men inga varma kompresser.

De Leubeska omslagen hafva bibehållit sig och äro ännu i dag tämligen allmänt i bruk, ehuru väl deras verkningssätt kanske är än mindre klart än sänghvilan. För praxis må det blifva oafgjordt, om de verka genom det ryggläge som de påtvinga de sjuka eller genom påskyndad tömning af magsäcken eller slutligen genom stegrad blodtillförsel. Som praktiskt bepröfvade kunna de i regel användas utom då de hos patienterna vålla obehag. Sådan kan förekomma både vid varma grötomslag ock vid isblåsa, och hade förf. inga betänkligheter att vid dylika eventualiteter öfvergå från den ena ytterligheten till den andra. Ännu voro ej förhållandena för blodgenomströmning i de djupare delarne under inflytande af lokal hetta eller köldinverkan klart framställda och växlade ock hos olika individer. Äfven däri ville förf. afvika från det Leubeska skemat, att de varma grötomslagen ej användes beständigt utan med afbrott under en eller flere timmar, då sålunda reaktionsförmågan hos kärlen kunde bättre bibehållas, enär det annars lätt kunde komma till stasis. Härpå hänvisade egendomligt under grötomslagen bildade röda hudfläckar, hvilka länge kvarstodo som pigmenteringar. Anämiska och svaga sjuka äro många gånger känsliga mot den lindriga köldretningen i de Priessnitzska omslagen, i hvilka fall man lämpligen kan sätta hälften sprit till vattnet.

Mindre allmänt erkänd än den omtalade behandlingen är den Leubeska ulcusdieten. Leube har som bekant uppgjort ett skema för denna diet, som äfven kan användas i andra svåra magsjukdomar och som fördelas på fyra stadier, af hvilka det första omfattar 10 dagar, det andra 7 dagar, det tredje 5 dagar och det fjärde 7 dagar.

Under de första 10 dagarne skall födan alltså utgöras af kokt mjölk, köttsoppa, buljong, i. mjölk uppmjukade skorpor och kex.

Kost II erbjuder utom under 1 nämnd soppa, ris och sago, som kokas mjuka i mjölk samt med äggvispning, förlorade och löskokta ägg, kokt kalfhjärna eller kalfbräss, kokt höns och dufva utan fett.

Kost III upptager utom under I och II upptagna födoämnen därjämte kokta kalffötter, skrapadt rått kött, skrapad biffstek, potatisgröt, ris kokt på buljong, litet kaffe och te.

Vid kost IV tillkommer mjuk, lös stekt rostbiff, stekt höns eller stekt dufva utan sås, rådjur eller rapphöns (som hängt längre tid), maccaroner, silade vermiceller samt litet hvit gröt.

Från femte veckan öfvergår man så småningom till fastare och svårsmältare mat. Därvid är dock att märka, att hela mängden som den enskilde pat. skall hafva på dag ej föreskrifves af Leube, men fördelar han födan på fem måltider för att ej belasta magen med för mycket på en gång. I händelse af en blödning gifves per os antingen ej något alls eller endast ispiller resp. iskyld mjölk, däremot göres flitigt bruk af närande lavemanger.

Som synes är den Leubeska matordningen, som ytterligare utarbetats af *Penzoldt* åtminstone i början ganska knapp och sålunda föreskrifven i afsikt att så mycket som möjligt skona organet. Ej blott såret skall skyddas för belastning eller beröring med fasta födoämnen, utan äfven alla starkare retmedel skola hållas från slemhinnan.

Mot denna grundsats har nyligen *Lenhartz* i Hamburg opponerat sig. Utgående från den tanken, att blodbrist och öfverskott på fri syra äro tvänne symtom, som ej blott anses som predisponerande för ulcus ventriculi utan ock ofta åtfölja magsåret och fördröja dess läkning, och det ej kan gynnsamt influeras af en undernäring, hvilken såväl den första som den andra af Leubes kostformer måste anses vara, samt vidare en alltför flytande diet gifvetvis kan leda till öfverfyllnad och utspänning af magen, så gifver Lenhartz från början åt alla sina magsårspatienter, till och med om de nyligen öfverstått en svår blödning och isynnerhet då, en koncentrerad ägghviterik kost, hvilken han ökar relativt hastigt, så att efter 14 dagar gifves öfver 3,000 kalorier. Redan på första dagen, eventuellt omedelbart efter blödningen, gifvas tvänne råa ägg, inrörda och afkylda i litet vin, hvilken dryck tages klunkvis; därjämte 200 gm mjölk. Dagligen ökas kvantiteten, tills efter åtta dagar gifves en liter mjölk, 50 gm socker och 8 ägg. Redan på 6:te dagen tillkommer skrapadt kött, och under de närmast därpå följande dagarne risgrynsgröt, efter ytterligare tre dagar rå skrapad skinka och smör. Lenhartz och hans anhängare prisa denna metod framför allt därigenom, att den borttager benägenhet för blödning, i det den ökar krafterna väsentligen hastigare än Leubes stränga, sparsamma diet. Till detta kan läggas ett tredje förslag af *Senator*, som vill förena fördelarne af båda sätten med undvikande af deras nackdelar, i det han samman-

ställer en föda, som är tillräckligt närande utan att besvära magen genom omfång och tyngd och som därjämte verkar syrebindande och förhindrar benägenhet för blödning. Detta tror han sig bäst nå genom en kombination af glutin, fett och socker med ringa mängder ägghvita. Glutinet kan gifvas i form af kalfötter eller hönsgelé, eventuellt äfven som decoct gelatinæ, som fett föreslår Senator utom grädde bruk af mandelmjölk eller af frusna smörkulor. Den blodstillande verkan skall också åstadkommas genom gelatinet i magen, hvilket ock verkar i hög grad ägghvitebesparande.

Forts.

Fältläkarkårens omorganisation.

Med stor glädje har jag i n:o 24 af Läkartidningen läst prof. Borelius' inlägg i denna fråga, detta så mycket mer som jag själf sedan flere år äfvenledes framhållit militärläkarnes bristande kirurgiska kompetens såsom en af den nuvarande militära sjukvårdens största svagheter. För ett par år sedan har jag ock i »Tidskrift i militär hälsovård» sökt råda bot härför och vågar fortfarande tro, att de af mig föreslagna utvägarne skulle säkrare leda till målet än de i d:r Kjellbergs motion angifna. I sist utkomna häfte af samma tidskrift finnes infördt ett föredrag af fördelningsläkare Lamberg, däri jag haft nöjet hos en så kompetent man återfinna ungefär samma syn på saken, som jag hållit och fortfarande håller för den rätta. Som bevis på att äfven å nuvarande primitiva militärsjukhus operationer kunna verkställas, något som d:r Lamberg ej medgifver, vill jag anföra, att under nu pågående beväringsrekrytskola å Rommehed därstädes bland annat utförts sex radikaloperationer för inguinalbråck, alla läkta per primam.

Enligt motionen skola som bekant de militära sjukhusen slopas, och samtlige anstaltsvård behöfvande militärer sändas till civila lasarett, hvilkas underläkare skola vara bataljonsläkare och väl också handhafva sjukvårdsmanskapets sjukhusutbildning. På detta sätt finge otvifvelaktigt militärläkarne en god kirurgisk skola, men hur skulle de underhålla densamma? Hela sin långa tjänstetid, sedan de lämnat lasarettet, vore de dömda att skicka från sig hvarje patient, som ej kunde polikliniskt behandlas, och vidlyftigare operationer än abscessöppnande etc. kunde väl ej gärna för dem komma i fråga. Hurudan skulle deras kompetens och till följd däraf deras anseende bli under sådana förhållanden, helst som den nuvarande utvägen att genom civil verksamhet hålla dugligheten, åtminstone som invärtesläkare, uppe komme att för flertalet afsevärdt försvåras? Och på hvad sätt skulle man kunna bibehålla sjukvårdsmanskapet tjänstedugligt, då det aldrig finge se en allvarligt sjuk eller en ordentlig operation? Antaget till sist, att man bland dessa underläkare och f. d. underläkare, som ej hunnit glömma sin kirurgi, skulle kunna få läkare för förbandsplatserna, huru skall man väl enligt motionen erhålla specialkirurger för etappsjukhus etc.?

Att d:r Kjellbergs förslag skulle ställa sig för staten billigare kan ej förnekas, men icke blefve det någon nationel vinst genom att lands-

tingen öfvertoge statens skyldighet att bereda militären sjukhusvård. I motsats till prof. B. betviflar jag ock, att dessa korporationer skulle befinnas därtill villiga. För ett infanteriregemente t. ex. skulle minst behöfvas ett sängantal af 20—30, hvilka skulle draga en anläggningskostnad af 100 à 150 tusen kronor. Härtill komme underhåll, kanske å många platser bland annat behof af ny underläkare.

För min del ämnar jag framlägga ungefär följande förslag:

De militära sjukhusen bibehållas. Där så ske kan, få flere truppförband gemensamt sjukhus. De förses med skolade sköterskor och utrustas så, att samtidigt patienterna erhålla förstklassig vård och läkare samt sjukvårdare beredas möjlighet att underhålla sina färdigheter. Vid behof såsom större operationer etc. bör konsulterande läkare få tillkallas.

Hvarje bataljonsläkare skall vara skyldig mot särskild ersättning fullgöra minst ett års kommendering såsom underläkare vid kirurgisk sjukvårdsanstalt. I militärläkarkursen skall ingå operationer å lefvande enligt föredöme af dylika kurser i Tyskland. Regementsläkarne kommenderas en månad hvart 3:e år till tjänstgöring å kirurgisk sjukvårdsanstalt.

Ett antal exspektansarvoden för specialkirurger, företrädesvis lasarettsläkare, inrättas. Desses innehafvare skulle i fred endast vara skyldige att under några dagar hvart 3:e år tjänstgöra vid trängkår för att studera den militära sjukvårdens organisation och materiel, men vid mobilisering stå till disposition. Då staten nu bidrager till lasarettsläkarnes pension skulle kanske ett antal sådana, t. ex. en i hvarje län, kunna åläggas motta dylikt uppdrag.

D:r Kjellbergs förslag i öfrigt finner jag i allmänhet mycket tilltalande, men har ej skäl här ingå därpå.

Rommehed den 18 juni 1907.

Arvid Gullström.

Till Sveriges läkare!

Svenska vegetariska föreningen, hvars syftemål är att verka för ett naturenligt, enkelt, sundt och människovärdigt lefnadssätt inom våra landamären, inser att den snabbast och säkrast skall nå detta mål i samarbete med Sveriges praktiserande läkare.

Till Eder vänder sig därför föreningen med en vördsam och bevekande anhållan om energisk hjälp i sin sträfvan!

Genom sin auktoritet och sin räckvidd kan läkaren mera än någon annan reformera, förenkla och förädla den allmänna folkdieten. Med stöd af den modärna näringsfysiologien, som ju bekräftar de vegetariska idéernas bärkraft, kan han framgångsrikt häfda den vegetabiliska födans stora företräden och samtidigt verka för allmän och intensiv trädgårdskultur samt för våra vilda bärfrukters tillvaratagande och rätta användning.

Enligt uppdrag, oss gifvet vid föreningens årsmöte 1906, ställ undertecknade till Eder denna vädjan, vissa om eder sympatiska förståelse.

Kollegialiteter

And. Lindwall
e. provinsialläkare

Hj. Selldén
provinsialläkare.

Insändt.[1])

Vin är för människan lifsstärkande, när det måttligt drickes; och hvad för ett lif är det, när vin fattas? Vinet är ju skapadt människan till glädje. Vin, drucket i rättan tid till nödtorft, gör hjärtat gladt och fröjdar själen.

Syrach, kap. 31 v. 27, 28.
(H. M. Melins öfvers.)

Ehuru dessa ord skrefvos för ett par tusen år sedan, torde de dock i stort sedt vara sanna och anses förnuftiga ännu den dag som i dag är. Emot hvad d:r And. Lindvall i n:o 24 af denna tidskrift anfört får jag säga, att jag för min ringa del knappast tror, att festmiddagarna vid de allmänna läkaremötena »högligen skada kårens auktoritet»; de torde i detta afseende vara utan all betydelse; men ha de någon sådan, så är det kanske icke omöjligt, att de för sundt tänkande människor visa, hurusom andan inom kåren är god, när dess medlemmar efter stundom heta debatter om vetenskapliga och sociala spörsmål gemensamt under kamratlig stämning intaga en festmåltid. Att därifrån bannlysa all spirituosa anser jag vara olämpligt, och detta kan jag säga så mycket frimodigare, som jag själf sedan flera år står nära absolutismen, i det jag endast sällan och i minsta mängd smakar spritvaror och skulle vara beredd att ingå i helnykterhetsförening, därest jag ansåge mig därmed kunna effektivt motarbeta spritmissbruket.

Men på mig har alltid den svurne absolutisten gjort ett mindre kraftigt intryck än den, som utan helnykterhetslöftets band endast med måtta användt spirituosa, och därföre tror jag mig äfven själf genom samma exempel kunna på andra verka kraftigare än genom att ikläda mig den inregistrerade absolutistens ej sällan »med breda tänkskrifter och långa tofsar» försedda dräkt.

Ehuru väl nästan alla nutidens läkare följt med nykterhetsfrågan, torde dock de flesta träffas inom måttlighetetens visserligen tänjbara gränser.

På det att emellertid helnyktra läkare icke må af priset hindras att deltaga i läkaremötesmiddagen, synes det vara lämpligt, att prisnedsättning dem beviljas.

Unnaryd den 14 juni 1907.

Carl Lundgren.

(Insändt.)

Extraprovinsialläkaretjänsten i Arvidsjaur.

I anledning af en insändares begäran om upplysningar i n:r 26 angående »hvilka åtgärder, som vidtagits till lindrande af den afgångnes olyckliga öde», får jag meddela, att Arvidsjaurs kommun i stämman den 5 dennes *enhälligt* beslutat, 1) *att* omedelbart från den dag d:r Skarin frånträdde sin tjänstgöring i distriktet utbetala 1,000 kr. i årlig pension tills vidare och intill dess hans pension på annat sätt kunnat tillfreds-

[1]) Plats har ej före mötet i Sundsvall kunnat beredas. *Red.*

ställande ordnas; 2) *att* ingå till landstinget med framställning dels om omedelbart årligt anslag af 1,000 kr. tills vidare för samma ändamål dels om att landstinget behagade till Kungl. Maj:t ingå med underdånig ansökan att nådig proposition måtte väckas vid nästkommande riksdag om en statspension för d:r Skarins återstående lifstid på 1,000 kr. under förutsättning att landsting och kommun bidroge till samma ändamål med 500 kr. hvardera.

Med detta beslut torde Arvidsjaurs kommun ha i saken både iklädt sig de uppoffringar och vidtagit de åtgärder i öfrigt, som af densamma rimligen kan väntas. I hvarje fall torde »vissa halfva löften» af några ortsbor få anses infriade. Det skulle säkerligen nu intressera flere än undertecknad inom denna ort att höra, om från läkarkårens sida vidtagits några andra åtgärder till bispringande af dess af olyckan träffade kamrat än de stora orden och de starka krafven på andras uppoffringar.

Arvidsjaur den 8 juli 1907.

Klas Sundelin.

I militärläkarfrågan.

I läkartidningen n:r 26 har en insändare (f. d. stipendiat) framhållit, att jag i mina föregående artiklar i militärläkarfrågan mycket knapphändigt berört förhållandena vid marinläkarkåren, och är detta nog sant, men beroende på, att dessa artiklar endast varit afsedda som inlägg i den redan en lång tid pågående diskussionen om fältläkarkårens omorganisation. Hvad marinläkarkåren beträffar, så är jag i likhet med f. d. stipendiat af den åsikten, att lönerna särskildt för de fast anställde läkarne är otillfredsställande och i behof af reglering, i fall det icke skall gå med denna kår som med fältläkarkåren, d. v. s. svårigheter uppstå att rekrytera den. Visserligen äro marinläkarnes löner något bättre än fältläkarnes, men de ha i allmänhet strängare tjänstgöring än dessa och äro till följd af sin placering på stationer, som äro öfverfyllda af läkare, eller på fort och fartyg där ingen praktik ges, så godt som uteslutande hänvisade till sina löneinkomster i och för sitt lefnadsbehof. Men då så är förhållandet kan ju ej ligga någon rättvisa i att läkarne aflönas sämre än likställda militärer och civilmilitärer. Så t. ex. äro mariningeniörerna i allmänhet aflönade i likhet med närmast högre militära grader under det att läkarne äro aflönade i likhet med en eller flere grader lägre, och dock ha läkarne fått nedlägga betydligt större kostnader och arbete på sin utbildning än ingeniörerna och militärerna och ha betydligt kortare tid än dessa att använda till förvärf för betryggande af ålderdomen. Men icke allenast lönerna utan äfven penisonerna behöfva regleras, ty jag är viss på att många marinläkare bli nödsakade att på gamla dar lefva på sin pension och huru detta skall tillgå vet jag ej. Att läkarne kunna ha rätt till en högre pension än likställd militär är ju tydligt alldenstund de bli pensionsmässiga vid högre ålder än dessa och således betunga pensionskassan mindre. Jag tror att äfven marinläkarkåren bör tänka på hvad dess frid tillhörer, och anser att då numera de båda militärläkarkårerna knappast ha några gemensamma intressen en marinläkarförening bör bildas i och för diskussionen af bl. a. hithörande ämnen.

M.

Periodisk litteratur.

Här meddelas de senaste tidskriftshäftenas innehåll med undantag af referat, boknyheter m. m.

Nord. Tidskr. for Terap., april. *S. Bang:* Behandling af Larynxlidelser med Lys. — *E. V. Pallin:* Erfarenheter om sanatogen. — *E. A. von Willebrand:* Om fettsotens orsaker och dess behandling. — *Aug. Wimmer:* Forsinket, traumatisk Hjærneapopleksi.

—»—, maj. *V. Bie:* Om Sterilisation af Börnemask ved Hjælp af Brintoverilte. — *E. Rodhe:* Nyare undersökningar öfver morbus Basedowii. — *J. Möller:* Stasebehandling ved den suppur. Mellemörebetændelse. — *P. N. Hansen:* Den kirurg. Behandling af cancer ventriculi.

Norsk Mag. for Lægevidenskaben, n:o 5. *Kr. Jervell:* Om ureterstenose under graviditet. — *N. B. Gröndahl:* Om pankreas- och fedtvævsnekroser efter galdestensanfald. — *E. N. Hansteen:* Spontan ruptur af aorta. — *J. H. Bidenkap:* Spækflegmonen. — *O. Berner:* Et tilfælde af bronkialstene. — *Alb. Tillisch:* Et tilfælde af tvangstale (koprolali) med tvangsbevægelser.

Finska läkarsällskapets handlingar, april. *G. Heinricius:* Om totalexstirpationen af den karcinomatösa lifmodern. — *R. Tigerstedt:* Till kännedomen om inverkan af digitalis och strophantus på blodomloppet. — *E. Jusélius:* Några fall af större intresse. — *E. Jusélius:* Inlägg i frågan om de plastiska operationerna vid ögonlocksskrumpningar.

—»—»—»—, maj, *H. Fabritius:* Om de motoriska banornas gruppering inom pyramidsidosträngen hos människan. — *I. Gratschoff:* Från Uleåborgs länesjukhus, statistik. *Geo Björkqvist:* Tre fall af höggradig uppluckring och uttänjning af blygdfogen under hafvandeskap.

Finska läkarsällskapets handlingar, juni. *H. von Willebrand:* Studier öfver ämnesomsättningen hos gossar i ålder 9—14 år. — *V. Leontjeff:* Om kolerainvasionerna i Finland och de mot dem vidtagna åtgärderna 1831—1894.

Hospitalstidende, N:o 14—21. *C. F. Heerfordt:* Et Tilfælde af — formentlig endogen — Phlegmone bulbi (Pneumokokker) efter Discisio cataractæ secundariæ. Senere Phlegmone bulbi (Pneumokokker) paa det andet Øje. — *L. E. Walbum:* Et nyt Saccharimeter. — *Thorvald Kiær:* Et Tilfælde af medfødt total Mangel paa permanente Tænder. — *Knud Pontoppidan:* Havana og den gule Feber. — *M. K. Zahrtmann:* Sundhetskollegiet og Justitsministeren. — *K. K. K. Lundsgaard:* Krœnleins Orbitalresektion. — *P. Teteus Hald*: Hypopharyngoskopi. — *V. Saxtorph Stein:* En ny Paraffinsprøjte og Bemærkninger om Paraffinsmeltepunkter. — *Louis Bramson:* Pneumatiske Platfodsindlæg. — *G. E. Permin:* De kemiske Navne paa forskellige nyere Lægemidler og Navne paa Erstatningspræparater af meget brugte Arkana. — *Kr. Poulsen:* Luxatio ossis lunati. — *A. Gad:* Scotoma scintillaus. — *F. C. C. Hansen:* Om Efterfixering af Formolpræparater. — *Otto Leudrop:* Spæde Børn og raa Mælk. — *L. Rode:* Kunglig Bad- og Brunnsanstalten Loka i Sverige.

Medicinsk Revue, n:o 5. *Robert Kloster:* Eksperimentelle undersøkelser over exsudat i perikardiet.

Tidskrift for den norske lægeforening, n:o 9. *Vilhelm Magnus:* Tyreoidektomi hos gjeder og sauer og om behandlingen af morbus Basedowi. — *B. Vedeler:* Klimakteriske anomalier.

Nord. medicinskt arkiv. 1906. *Afd. I,* häft. 4. *N. V. Åkerblom.* Peritenitis (Tenalgia) intradeltoidea. — *E. Schmiegelow:* Über Oesophago-, Tracheo- und Bronchoskopie. — *G. Heinricius:* Über die radikale, abdominale Totalexstirpation des karginomatösen Uterus.

Nordiskt Medicinskt arkiv. 1906. *Afd. II,* häft. 4. *Klaus Hansen:* Beiträge zur Diätetik der Nierenkrankheiten. — *B. Ebbel:* La variole dans l'Ancien Testament et dans le papyrus Ebers. Contribution à l'étude de l'histoire de la variole dans l'antiquité.

Hvarjehanda notiser.

Jubileumsfondens sanatorier. Vid början af innev. juli månad var antalet patienter, som väntade på ledig plats vid sanatorierna, följande:

	Män			Kvinnor		
	Hålahult	Österåsen	Hessleby	Hålahult	Österåsen	Hessleby
Plats i helenskildt rum à 3,50 pr dygn	2	2	1	2	3	5
» i halfenskildt » » 2,50 » »	5	8	18	6	9	19
» i allmänt » » 1,25 » »	67	43	59	44	41	47
» i » » » 0,50 » »	53	53	68	51	16	41

Västmanland—Närke—Södermanlands läkarförening sammanträdde den 16 juni i Lindesberg. Med anledning af frågan huru utbjudandet af patent- och humbugsmedicin lämpligen borde förhindras beslöt föreningen att som sin åsikt uttala, att enda effektiva sättet att nå målet var en af riksdagen beslutad lagstifning häremot. Med anledning af fullmäktiges beslut ang. formulär till läkarintyg rörande sjukkassa tillhörig persons behof af vistelse vid kurort, samt att intet ackord med sjukkassa måtte få ingås, beslöts att härom underrätta föreningens medlemmar.

För att afgifva förslag till yttrande ang. kollektivackordens afskaffande tillsattes en kommitté med hrr Schmidt, Wahlström och Möller som ledamöter och hrr Holm, Osbeck och Brandberg som suppleanter.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes; [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Underläk.-tj:n v. las. i Linköping[3]) löneförmåner: 2,000 kr., fri bostad och kost samt 400 kr. för elevundervisning)	20 juli.
En marinläk.-tj. af 2:a graden (ansökan, ställd till Konungen, inlämnas hos marinöfverläkaren)	22 juli.

En bat.-läk.-tj. vid Norrbottens reg:te[1]) 26 juli.
Öfverläk.-tj. vid provisoriska sjukhuset i Stockholm (tillträdes 7 nästk. okt.; ansökan, ställd till hälsov.-nämnden, inlämnas på dess byrå) 1 aug.
Föreståndarebefattn:n v. Stockholms stads hälsovårdsnämnds bakteriolog laboratorium (ledig sedan 1 juli. Ansökan, ställd till nämnden, inlämnas på dess byrå) 1 aug.
Stadsdistr.-läk.-tj:n inom Östermalms östra distrikt af Stockholm (ansökan, ställd till hälsov:nämnden, inlämnad på dess byrå) 1 aug.
En bat.-läk.-tj. v. Dalreg:tet[1]) (ånyo ledigförklarad) 3 aug.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Falun[3]) (löneförmåner: 2,500 kr. jämte fri bostad och kost, 300 kr. för elevundervisning, en månads semester) 3 aug.
Stadsläk.-tj:n i Strömstad (ledig fr. 1 nästk. sept.; lön 1,250 kr.; sökes hos magistraten) 5 aug.
En bat.-läk.-tj. v. Norra skånska inf.-reg.:tet[1]) 14 aug.
Extra prov.-läk.-tj:n i Bjerke härads distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod) 14 aug.
Andre underläk.-tj.:n vid lasarettet i Gäfle[5]) (*ånyo* ledigförklarad, se Läk.-tidn. n:r 29—21) 15 aug.
Bitr. läk.-tj:n v. Nyköpings hospital[6]) (den nuvarande innehafvarens förordnande utgår 9 nästa okt.) 15 aug.

Lediga apoteksinrättningar:

Nya medikamentsförrådet i Ullared[7]) 1 aug.
Apoteket i Delsbo[1]) (pensionsafgift 500 kr.) 12 aug.

Sökande:

Till *prov.-läk.-tj:n i Katrineholms distr.* (i ordn. efter tj:år): prov.-läkarna Dallby i Åsum, Bergengren i Sundsvall och Willén i Målilla, järnvägsläk. Lindstein, prov.-läkarna Collin i Piteå, Tollin i Slite och Hellberg i Lycksele, ex. prov.-läk. Hahn i Motala; prov.-läk. Rosén i Dalby, ex. prov.-läkarna Lindvall i Rättvik och Lundgren i Älfsby.
Till *2:e stadsläk.-tj. i Landskrona:* lic:rna G. Brand, A. O. Dalsjö, C. F. Ekman, O. Litle, A. Simonson och H. Wallengren.
Till *stadsläk.-tj. i Åmål:* lic:rna G. Brand, E. Börjeson och V. Törnberg.

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Bat.-läk. v. Gottlands inf.-r:e m. m. *P. W. L. Wåhlin* med tillstånd att inträda i reserven.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *B. Axelson* t. f. prov.-läk. i Nora distr. 12—31 juli (s).
Kand. *Emil Andersson* t. f. prov.-läk. i Håby distr. 22 juli—20 aug. (s).
Kand. *O. Lundberg* t. f. prov.-läk. i Kungsbacka distr. 19 juli—6 aug. (s).
Lic. *T. Hammarin* t. f. stadsläk. i Umeå 14 juli—24 aug. (t).
Lic. *S. Holmblad* t. f. 1:e stadsläk. i Sundsvall 15 juli—14 aug. (s).
Lic. *K. E. Palmi* t. f. bitr. prov.-läk. i Nyköpings distr. 25 juli—18 sept. (t).
Kand. *J. T. Lundbladh* t. f. ex. prov.-läk. i Oskarströms distr. 15 juli —8 aug. (t).
Kand. *J. Henriksson* t. f. 2:e las.-underläk. i Gäfle (v).

Död:

Extra prov.-läk. i Västra Vrams distr. med. lic. *Johan Alfred Lundkvist* afled i Lund den 15 dennes vid 45 års ålder.

Prov.-läk. i Nedre Fryksdalens distr., f. d. las.-läk., med. lic. *Fredrik Möller* afled i Karlstad den 16 dennes i en ålder af 50 år.

Öfversikt af sammandragen af epidemirapporter

för halfva månaden 16—31 juni 1907.

	Städer.					Landsbygd.				
	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa
Stockholm	2	25	23	—	50	—	—	—	—	—
Stockholms län	—	1	—	—	1	1	27	16	—	44
Uppsala	—	—	4	—	4	—	—	1	—	1
Södermanlands	3	—	5	—	8	—	1	2	4	7
Östergötlands	2	1	2	—	5	10	4	3	—	17
Jönköpings	—	1	11	—	12	2	1	14	—	17
Kronobergs	—	—	—	—	—	—	—	9	—	9
Kalmar	—	1	15	—	16	1	10	5	1	17
Gotlands	1	1	—	—	2	—	8	—	—	8
Blekinge	1	—	7	—	8	—	1	7	—	8
Kristianstads	—	—	4	—	4	4	5	17	—	26
Malmöhus	1	—	14	—	15	4	9	31	—	44
Hallands	—	—	5	—	5	1	7	12	—	20
Göteborg	—	9	2	—	11	—	—	—	—	—
Göteborgs o. Bohus	—	—	6	—	6	3	—	10	—	13
Älfsborgs	—	—	1	—	1	1	8	9	—	18
Skaraborgs	1	—	8	—	9	1	—	28	—	29
Värmlands	—	—	—	—	—	5	1	3	—	9
Örebro	3	—	—	—	3	1	9	6	—	16
Västmanlands	—	1	—	—	1	1	8	—	—	9
Kopparbergs	—	—	—	—	—	—	1	1	—	2
Gäfleborgs	2	—	—	—	2	—	5	7	—	12
Västernorrlands	3	1	—	—	4	7	1	8	—	16
Jämtlands	—	—	—	—	—	—	2	—	—	2
Västerbottens	—	—	—	—	—	—	3	3	—	6
Norrbottens	—	—	—	—	—	1	—	10	—	11
Summa	19	41	107	—	167	43	111	202	5	361

Summa sjukdomsfall i hela riket: nervfeber 62, skarlakansfeber 152, difteri 309, rödsot 5. — *Akut barnförlamning* i städerna Malmö, Landskrona, Halmstad och Skara resp. 5, 1, 1, 1 fall i Vrigstads, Hörby och Veberöds distr. resp. 1, 1, 2 fall.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 26 juli 1907.

4:e årg. | Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER. | N:o 30.

Innehåll: ALFRED PETTERSSON: Om leukocyternas bakteriedödande förmåga. — Fältläkarstipendiaters anställning och rang. — Extra provinsialläkartjänsten i Lima. — Offentliga underrättelser. — Rättelse.

Om leukocyternas bakteriedödande förmåga.

Af

Alfred Pettersson.

En del sjukdomsalstrande bakterier, såsom difteri- och tetanusbakterierna, afsöndra starkt giftiga substanser, toxiner, hvilka från infektionsstället spridas i kroppen och framkalla sjukdomssymptomen. Immunitet mot dessa mikrober beror antingen på att det immuna djurets celler äro okänsliga för giftet ifråga eller ock att motgift finnes eller bildas. Andra patogena organismer secernera som regel inga gifter, utan dessa finnas i bakteriecellen och bli fria först vid dennas sönderfall. Dessa giftiga ämnen kallas för den skull endotoxiner. Äfven mot dessa sjukdomsalstrare äger en hel del djur större eller mindre motståndskraft och en ännu fullständigare immunitet kan ofta ernås, därigenom att djuret behandlas, helst upprepade gånger, med stigande doser af infektionsämnet. Den immunitet, som därvid uppstår, beror som regel icke på, att motgifter bildas mot endotoxinerna, utan i stället på att djurorganismens förmåga att tillintetgöra i densamma inkomna mikrober i hög grad ökats. Detta slag af immunitet kallas fördenskull bakteriolytisk immunitet eller helt enkelt bakterieimmunitet. Då inga antitoxiner bildas är det klart, att åtminstone vid experimentela infektioner intet säkert skydd för dödlig utgång finnes, så snart infektionsdosen nått den storlek, att i densamma befintliga endotoxiner räcka till djurets förgiftning.

För förklaring af bakterieimmuniteten finnas två teorier, af hvilka den ena tar hänsyn till de i blodets flytande del och i kroppssafterna förekommande bakteriedödande ämnena, under det den andra hufvudsakligen fäster sig vid de s. k. ätcellernas, fagocyternas, verksamhet, och därför kallas för fagocytosteorien. Den förra kan också benämnas den humorala teorien. Denna uppställdes först af H. Buchner för den naturliga immuniteten. Vid sina grundläggande undersökningar öfver blodets och blodserums bakteriedödande egenskaper, hvilka han tillskref närvaron af vissa kroppar kallade alexiner, frapperade det honom, att åtminstone ifråga om vissa bakterier, såsom koleravibrionen och tyfusbacillen, en tydlig öfverensstämmelse fanns mellan blodserums bakteriedödande förmåga i profrör och djurets motståndskraft mot infektion. Han slöt däraf, att denna sistnämnda just beror på förekomsten af alexinerna. I samma riktning gingo resultaten af Pfeiffers och hans medarbetares undersökningar öfver den förvärfvade immuniteten vid kolera och tyfus. Skyddsverkan af det immuniserade djurets serum visade sig bero på dess förmåga att i hög grad upplösa den bakterie, mot hvilken immuniseringen skett. När sedermera genom undersökningar af Bordet samt i all synnerhet Ehrlich och Morgenroth blifvit utredt, att förstörandet af bakterierna, bakteriolysen, beror på samverkan af två kroppar, visade det sig, att immunserums starkare bakteriolytiska verkan orsakas af att under immuniseringen en riklig nybildning ägt rum af den ena af dessa två kroppar, den s. k. immunkroppen. Den andra, komplementet, finnes redan under normala förhållanden i riklig mängd. Immunkroppen uppfattas såsom en sekretionsprodukt af mjältens, benmärgens och lymfkörtlarnes celler.

Under det att den ofvannämnda immunitetsteorien grundar sig på den aldrig bestridda förekomsten af bakteriedödande ämnen i serum, fotas den fagocytära teorien på den likaledes aldrig bestridda iakttagelsen, att bakterierna inom djurkroppen slukas af fagocyterna och däraf drages den slutsatsen, att sjukdomsalstrarne också förgöras genom dessa senares åtverkan. Slutledningen är enligt min mening ej fullt bindande, ty det kan tänkas, att bakterierna under den extracellulära vistelsen tagit till sig ämnen, som förorsaka deras upplösning, sedan de upptagits af ätcellerna. Genom undersökningar af larver af sjöstjärnor åren 1882 och 83 i Messina, hvarvid Metschnikoff iakttog, att införande af främmande kroppar i mesenkymväfnaden framkallade riklig anhopning af vandringsceller, fördes han till hypotesen, att de rörliga exsudatcellerna utgöra en organismens skyddsinrättning och att mikroberna slukas och digereras af dessa celler.

Alla fagocyter reagera för vissa retmedel, särskildt kemiska och mekaniska sådana. Deras reaktion för kemiska retmedel kallas kemotaxis, hvarmed menas, att cellen flyttar sig själf eller, om han sitter fast, sina amöboida utlöpare till eller från den plats, där retmedlet finnes. I det förra fallet kallas kemotaxis positiv, i det senare negativ. Effektens art är ej alltid bestämd. Ibland kunna ämnen, som först åstadkommit positiv kemotaxis, sedermera framkalla negativ sådan och tvärtom. Bakterierna bilda ofta kemotaktiskt verksamma ämnen och vanligen är den framkallade kemotaxis positiv. Den positiva kemotaxis, som närmar den amöboida cellen eller attraherar fasta cellers pseudopodier, är den första fasen i organismens fagocytära reaktion mot infektionsalstrarne. Därefter kommer upptagandet af bakterien uti fagocyten såsom den andra fasen. Enligt Metschnikoff spelar fagocyten därvid alltid en aktiv roll och upptagandet af bakterien är ett utslag af fagocytens taktila retbarhet d. v. s. dess känslighet för den mekaniska beröringen med mikroben. Det finns visserligen lägre parasiter, som hafva förmåga att intränga i epitelceller, röda blodkroppar och andra celler t. ex. malariaparasiterna i de röda blodkropparne, men bakterierna skulle enligt Metschnikoff vara alldeles ur stånd att aktivt intränga i det inre af ätcellen.

Den tredje och för djurorganismen viktigaste fasen af den fagocytära reaktionen är den intracellulära digestionen af den slukade mikroben, den som leder till dess död. Det synes mig klart, att för att vinna erkännande af fagocytosens betydelse för bakteriernas tillintetgörande måste man kunna påvisa bakteriedödande ämnen hos fagocyterna. Hvarje tal om s. k. »fysiologisk funktion» är uppenbart tillkommet för att öfverskyla bristen på baktericida ämnen hos leukocyterna och påminner osökt om de s. k. funktionella rubbningarne, hvilkas område ju stadigt minskas. Erkännas måste ock, att fagocytosens mest energiska försvarare ej mycket uträttat i fråga om påvisandet af sådana ämnen. Visserligen iakttogs snart, att leukocytrika exsudat stundom hade starkare bakteriolytisk verkan än serum, men denna tillskrefs alltid närvaro af alexiner, då just leukocyterna ansågos som källan till dessa. Leukocyternas baktericida ämnen betraktades som identiska med serumalexinerna. På denna ståndpunkt står fagocytosläransfader Metschnikoff ännu i dag.

Historien om leukocyternas bakteriedödande ämnen sammanfaller i början till största delen med undersökningar rörande serumalexinernas ursprung. A priori var det att antaga, att dessa härstammade från några celler. Hankin lyckades också att extrahera baktericida substanser ur mjälte och lymfkörtlar.

Äfven leukocyterna antogos af honom vara källa till de bakteriedödande ämnena i serum, hvilka skulle secerneras af de eosinofila (senare amfofila) leukocyterna. För den skull kallade han dessa celler alexocyter. Till samma åsikt kommo också Kanthack och Hardy. Särskildt osannolik verkade denna åsikt icke, ty Vaughan och Mc Clintock samt Kossel hade redan i leukocyternas kärna påvisat nukleinsyra, som verkar starkt bakteriedödande på flere bakterier. Något allmännare erkännande vann föreställningen, att serumalexinerna skulle vara sekretionsprodukt af blott de eosinofila leukocyterna emellertid icke.

År 1894 påvisade den belgiske forskaren Denys i förening med Kaisin och Havet, att blod och leukocytrika exsudat verkade betydligt svagare bakteriedödande efter leukocyternas aflägsnande än förut. Däremot hade hundens blod efter en injektion af mjältbrandsbaciller starkare baktericid verkan på denna staf än före infektionen, uppenbarligen i följd af den efter infektionen uppkomna leukocytosen. Följande år meddelade samme forskare viktiga resultat af undersökningar rörande streptokocker utförda tillsammans med Leclef. De centrifugerade flere exsudat från kanin och kunde därvid konstatera »que la partie liquide de l'exsudat entrave considerablement le développement du streptocoque.» Blandning af serum och leukocyter verkar också bakteriedödande, under det att serum, som någon tid varit i beröring med leukocyter, efteråt är lika overksamt som före densamma. Författarne draga därur följande som det vill synas fullt berättigade slutsats: »Cette action (bakteriedödandet) n'est pas le resultat d'une sécrétion, elle dépense de la présence même du globule.»

Äfven Buchner fann, att leukocytrika exsudat utveckla starkare bakteriedödande verkan än serum. Då han vidare iakttog, att en halftimmes upphettning vid + 56° upphäfde exsudatets verkan liksom serums, så slöt han därutaf, att de bakteriedödande ämnena i leukocyterna och i serum äro identiska. Hahn gjorde sedan liknande iakttagelser. Då vid flera af de föregående försöken celler och exsudatvätska ej hade undersökts skilda från hvarandra, så var leukocyternas betydelse för exsudatets verkan i själfva verket icke säkert bevisad, ty exsudatets starkare bakteriedödande förmåga kunde också bero därpå, att de bakteriedödande ämnena förekommo i starkare koncentration i exsudatvätskan än i blodplasma. Hahn sökte afgöra denna fråga därigenom, att han satte de isolerade leukocyterna till serum och kunde vid denna anordning påvisa en höjning af serums verkan. Buchners och Hahns undersök-

ningar gälla tyfus- och colibakterier, koleravibrio och Staphylococcus pyogenes.

För streptokocker kunde Bordet konstatera den af Denys påvisade bakteriedödande verkan af den cellfria exsudatvätskan, under det serum var overksamt.

Med undantag af Denys antogs allmänt af forskarne på denna tid såväl den humorala teoriens anhängare som fagocytoslärans förkämpar, att serums och leukocyternas bakteriedödande ämnen voro identiska. Schattenfroh var den förste, som hyste några betänkligheter mot ett sådant antagande. Han kunde nämligen påvisa flera olikheter mellan de båda substanserna. Han fann de senare betydligt motståndskraftigare mot upphettning än de förstnämnda; de blefvo vid en halftimmes upphettning förstörda först vid omkring + 85°, under det att serumalexinernas verkan upphäfdes redan vid + 60°. Vidare saknades öfverensstämmelse mellan olika djurs serum och leukocyter i fråga om halt af bakteriedödande ämnen. Gent emot somliga organismer, som äro ytterst känsliga för inverkan af serum (t. ex. koleravibrioner), äro extrakt af vissa djurs leukocyter overksamma. Slutligen iakttog Schattenfroh, att verkan af leukocyternas bakteriedödande ämnen i motsats till serumalexinerna ej är beroende af närvaro af neutralsalt.

Jämte de värmebeständiga trodde sig Bail hafva påträffat äfven termolabila baktericida substanser i leukocyterna.

Äfven Däubler håller de baktericida ämnena i blodserum å ena sidan och i leukocyterna å andra sidan för icke identiska. Af särskildt intresse äro hans immuniseringsförsök med hundar mot tyfus. Därvid kunde han icke finna någon ökning af leukocyternas bakteriedödande förmåga, då däremot en ökning af blodserums baktericida kraft mot tyfusbaciller som bekant regelbundet förstärkes. Skillnaden mellan serums och leukocyternas bakteriedödande substanser betonas slutligen äfven af Landsteiner och Gruber.

Som ofvan nämndes framhöll Denys, att det var själfva den hvita blodkroppen och ej några dess sekret, som utvecklade den bakteriedödande verkan på streptokocker. Man kunde då vänta, att bakteriolytiskt verksamma ämnen skulle kunna extraheras ur leukocyten. Att döma af Neufelds och Rimpaus undersökningar, de enda mig bekanta rörande denna sak, skulle detta emellertid icke vara förhållandet. Dessa forskare lyckades nämligen icke på något sätt ur leukocyterna få några ämnen i lösning, som, vare sig ensamma för sig eller efter tillsats af immunkropp i form af specifikt serum, voro i stånd att upplösa deras virulenta strepto- och pneumokocker. På grund af egna försök tror jag emellertid icke, att deras

undersökningar i detta afseende äro bevisande, utan innehålla leukocyterna hos flera djurslag konstant mer eller mindre rikligt för de nämnda kockerna bakteriedödande ämnen.

Såsom förut nämnts skulle enligt Buchner den naturliga immuniteten bero på förekomsten af serumalexiner i kroppsvätskorna. Under sådana förhållanden borde hos hvarje djur i serum finnas bakteriolytiskt verksamma ämnen mot de sjukdomsalstrare, för hvilka det är oemottagligt. Detta är, såsom Lubarsch redan tidigt framhöll, ingalunda fallet. Så t. ex. äro höns och hund immuna eller motståndskraftiga mot mjältbrand, under det deras sera fullständigt sakna bakteriedödande verkan på mjältbrandsbaciller. Samma är förhållandet med marsvin och B. proteus, katt och Diplococcus pneumoniæ o. fl. a. Nu är det ju klart, att för att infektionen skall slutgiltigt häfvas, måste infektionsalstrarne dödas och a priori kan man därför förutsätta, att de ifrågavarande djuren skola disponera öfver bakteriedödande ämnen mot dessa organismer. Så vidt hittills är undersökt förekomma också sådana i leukocyterna Däremot sakna leukocyterna i många fall baktericida ämnen, då dylika finnas i serum som t. ex. hos marsvinet mot koleravibrioner och Vibrio Metschnikoff. I några fall visa både serum och leukocyter bakteriefientliga egenskaper t. ex. hos kaninen mot tyfusbaciller.

Under sådana förhållanden måste det ju tyckas, att enklaste sättet att förklara bakteriernas undergång inom det immuna djuret vore att antaga, att den i vissa fall sker genom serumbakteriolysinerna i andra genom leukocyternas bakteriedödande ämnen. Så sker emellertid icke inom de härskande skolorna. Mångfaldiga äro de försök, som gjorts att åt mjältbrands-, pneumokock- och streptokockimmunsera vindicera bakteriolytiska egenskaper, och för fagocytosläranş anhängare är det en oomtvistbar dogm, att alla bakterier förgöras i djurkroppen af fagocyter. Detta torde till stor del bero på, att leukocyternas bakteriedödande substanser dels äro ganska litet studerade, dels att de utan vidare sammanblandats med serumalexinerna. Metschnikoff förnekar t. o. m., att dessa sistnämnda under lefvande lifvet finnas i det cirkulerande blodets plasma, utan då förekomma de hos leukocyterna. Vid blodets koagulering skulle leukocyterna sönderfalla och deras baktericida ämnen träda ut i serum som serumalexiner. Förekomsten af bakteriedödande kroppar i blodets flytande del vore således att uppfatta som ett postmortalt fenomen. Häruti har Metschnikoff utan tvifvel orätt. De flesta forskare hafva funnit blodplasma lika starkt bakteriedödande som serum. Ej heller äro

leukocyterna sådan labila celler som Metschnikoff antager[1]. E. m. m. torde man hafva full rätt att betrakta serumalexinerna som sekretprodukter från några celler. Äfvenledes synas mig starka skäl föreligga för att uppfatta leukocyternas bakteriedödande substanser såsom skilda från serumbakteriolysinerna. Dessa skäl äro i korthet följande: De ur leukocyterna erhållna bakteriedödande extrakten hafva i flera fall en från serumalexinerna lätt skiljbar verkan; leukocyterna sakna ibland baktericid verkan hos sådana djur, hvars serum är starkt bakteriolytiskt och tvärtom; de bakteriedödande leukocytämnena lämna icke cellerna så länge dessa äro oskadade, under det att den del af serumbakteriolysinet, som man lyckats påvisa i celler, komplementet, normalt synes secerneras af dem; leukocyternas bakteriedödande substanser äro vanligen betydligt värmebeständigare än serumalexinerna.

Skillnaden i verkningssätt mellan de båda ämnena är särdeles tydlig gentemot mjältbrandsbaciller och pneumokocker. Under det att kaninserums verkan på de förstnämnda är ögonblicklig, nästan explosionsartad, så att redan en eller annan minut efter bacillernas införande i serum en högst betydande undergång af dem ägt rum, så utvecklar sig leukocyternas verkan ytterst långsamt, så att en förminskning af de insådda bakteriernas antal blir märkbart stundom först efter 24 timmar, ja det synes icke osannolikt, att en ringa förökning ibland kan äga rum i början straxt efter sådden. I extrakt af kaninleukocyter erfara mjältbrandsbacillerna egendomliga morfologiska förändringar, hvilka torde vara analoga med dem, som Wright iakttagit hos pestbacillerna inuti leukocyter. Hos pneumokockerna förekommer väl icke någon formomgestaltning, men i stället svälla de ibland högst påtagligt före afdöendet, hvilket äfven hos dem går synnerligen långsamt uti leukocytextrakt.

Såsom förut är nämndt fann redan Schattenfroh, att hos flera djur öfverensstämmelse saknas mellan serums och leukocyternas halt af bakteriedödande substanser, och flere exempel på denna diskonkordans hafva i det föregående anförts. Metschnikoff söker rädda den bakteriolytiska verkan åt leukocyterna för de fall, där den uti profrör ej kan påvisas, såsom t. ex. hos marsvinsleukocyterna mot koleravibrionen, genom framhållande, att man kan se huru vibrionerna gå under inuti fagocyten. Detta resonemang är naturligen dock riktigt endast

[1]) Såsom ett första tecken till blifvande återtåg i denna fråga får man kanske uppfatta Metschnikoffs senaste indelning af leukocyterna i labila sådana, som sönderfalla vid blodets koagulation, och stabilare, hvilka därvid ej gå under.

under den förutsättningen, att inga bakteriedödande ämnen finnas i kroppvätskorna, hvilka bakterierna kunna hafva upptagit under det extracellulära stadiet. Att nämnda förutsättning är med verkligheten öfverensstämmande, har M. enligt m. m. icke lyckats visa. Underligt måste det ock förefalla, att en enda leukocyt inuti djurkroppen på kort tid skulle vara i stånd att digerera flere tiotal bakterier, under det att extrakt på massor af leukocyter utanför kroppen är overksamt gentemot några få mikrober. Man kan nämligen vid lämplig försöksanordning få leukocyter i marsvinsbukhåla att upptaga ända till femtio tyfoidbakterier. Mycket svårförenligt med antagandet af indentitet mellan serums och leukocyternas bakteriedödande substanser är äfven det motsatta förhållandet, att leukocyterna hålla rikligt baktericida ämnen, under det att serum fullständigt saknar sådana. Antagas serumalexinerna vara sekretprodukter, så måste man fråga sig: hvarför secernera ej dessa på bakteriolytiska ämnen rika celler dessa kroppar någon gång uti kroppvätskorna? och hyllar man fagocytosläran: hvarför utträda ej dessa ämnen i serum vid blodets koagulation, då ju leukocyterna skola sönderlalla? Metschnikoff håller före, att vissa leukocyter äro resistentare och dess skulle väl då härbergera de ofvannämda substanserna. Men då ställer sig genast den frågan: finnas dessa resistentare celler endast hos de djur, i hvars leukocyter bakteriedödande ämnen kunnat påvisas? Äfven möta andra svårigheter. Mig synes den enklaste förklaringen vara: Leukocyternas bakteriedödande ämnen äro icke sekret, och leukocyterna sönderfalla icke vid blodets koagulation.

Redan Denys fann, att en blandning af kaninleukocyter och serum verkar bakteriedödande på streptokocker, men aflägnas leukocyterna, så är serum lika overksamt som förut. Hundblod verkar i vanliga fall som regel ej bakteriedödande på mjältbrandsbaciller, men efter infektion med mjältbrand, hvarvid stark leukocytos uppstår, visar det kraftig sådan verkan. Serum är i båda fallen fullständigt overksamt. Det bakteriedödande ämnet finnes tydligen i leukocyterna. Tager man t. ex. kaninleukocyter och befriar dem fullständigt från serum genom tvättning i fysiol. koksaltlösning, uppslammar dem i buljong och låter dem stå en halftimme vid 37° grader, så saknar buljongen efter leukocyternas aflägsnande fullständigt bakteriedödande verkan på mjältbrandsbaciller, under det att bulljongextrakt på leukocyterna beredt genom sönderfrysning af dem är starktbakteriolytiskt. Samma är förhållandet gent emot pneumokocker. Häraf liksom af Denys experiment tycks väl tydligen framgå, att de bakteridödande ämnena ej lämna leuko-

cyterna, så länge dessa äro oskadda. För den skull har jag också för dessa substanser i analogi med endoenzym och endotoxiner föreslagit namnet endolysiner. Mot nämnda antagande strider naturligtvis icke alls Denys och Bordets iakttagelser, att den cellfria exsudatvätskan från leukocytrika exudat hos kanin verkar svagt bakteriedödande. I hvarje cellrikt exsudat går nämligen en del leukocyter under.

Som bekant upphäfves serumalexinernas verkan genom uppvärmning en halftimme vid + 56°. De verksamma ämnena uti leukocytextrakten äro däremot mycket hållbarare, somliga tåla en halftimmes uppvärmning vid + 80 à 85°. Enligt Metschnikoff skulle denna omständighet ej kunna tillmätas någon betydelse för lösningen af spörsmålet, om de båda ämnena äro identiska eller ej, alldenstund medierna, i hvilka de befinna sig, äro af olika sammansättning. Medgifvas måste ock, att leukocytextrakt med serum som extraktionsvätska stundom äro mindre värmebeständiga än de med buljong framställda. I alla fall synes det ej vara alldeles säkert, att detta beror på den olika sammansättnigen, möjligen spelar närvaron af amboceptorer i serum äfven någon roll.

I detta sammanhang förtjänar äfven påpekas, att Korschun och Morgenroth funnit, att de hämolytiska ämnen, som finnas i organextrakt, äro af fullständigt annan natur än serumhämolysinerna. De förra äro koktostabila, alkohollösliga, ej komplexa och förmå ej framkalla antikroppsbildning. En jämförelse med leukocyternas bakteriedödande ämnen ligger onekligen nära till hands.

Af det ofvan sagda att leukocytämnena icke lämna den lefvande oskadda cellen får naturligtvis ej dragas den slutsatsen, att extracellulär baktericidi genom dem ej kan förekomma. Förut har omnämnts Denys och Bordets iakttagelser, att den cellfria exsudatvätskan från cellrika exsudat hos kanin är bakteriedödande för streptokocker. Injicerar man mjältbrandsbaciller subkutant hos ett höns, så ser man visserligen leukocyter ansamlas, men mjältbrandsbacillerna bli icke uppslukade af dessa, utan gå uppenbarligen åtminstone till stor del extracellulärt under. I båda fallen torde förklaringen vara densamma, leukocyter gå under och de bakteriedödande ämnena utträda i suspensionsvätskan. I de flesta fall synas dock bakterierna upptagas af cellerna och lösas inuti dessa. Vid detta senare förhållande bör effekten af samma leukocytmängd kunna bli större, då i den lefvande fagocyten en nybildning af de bakteriedödande ämnena säkerligen kan äga rum.

Är nu serum utan all betydelse i fråga om den immunitet, där bakterieförstöringen ombesörjes af leukocyterna? Härpå

kan obetingadt svaras nej! Det är nämligen ett oomtvistadt faktum, att serum från djur immuniserade mot mjältbrand, streptokocker och pneumokocker utvecklar skyddsverkan hos andra normala djur eller som man säger förlänar passiv immunitet; således måste dessa immunsera spela en roll i fråga om bakteriernas förgörande. Att de icke innehålla antitoxiner eller bakteriolytiska immunkroppar, åtminstone icke i större mängd än de overksamma normalsera, torde få anses bevisadt. Serum måste således verka på något annat sätt. Härom hafva de senaste årens forskningar gifvit oss upplysning.

Redan 1893 gjorde Issaeff iaktagelsen, att virulenta pneumokocker hos immuniserade kaniner men ej hos normala upptagas af leukocyterna. Orsaken härtill studerade han ej vidare. Två år senare kunde Denys och hans medarbetare Leclef och Marchand i fråga om streptokocker visa, att närvaro af immunserum är en nödvändig betingelse för fagocytosens uppträdande och att, när denna är fylld, leukocyterna från normala djur äro lika verksamma som de, hvilka härstamma från immuniserade. Immunserums gynnsamma inverkan på fagocytos af streptokocker konstaterades af Bordet. I fråga om pneumokocker funno Mennes och Huber samma förhållande. På sista tiden har pneumokock- och streptokockimmunseras verkan i detta afseende särskildt framhållits af Neufeld och Rimpau. Emellertid hafva Wrigth och hans medarbetare påvisat, att äfven normalserum befordrar fagocytosen. Denna egenskap beror därpå, att serum innehåller substanser, af Wright benämda opsoniner, hvilka så att säga neutralisera de ämnen hos bakterierna, hvilka hålla fagocyterna från lifvet på dem. Immunserums fagocytosen befordrande verkan förklarades af Metschnikoff så, att serum innehöll ämnen, stimuliner, hvilka piggade upp fagocyterna till intensivare verksamhet. Experimentelt hafva icke några bevis kunnat framläggas för denna åskådning. •

Redan af de ofvan anförda iakttagelserna framgår, att under immuniseringen en nybildning måste hafva ägt rum af de substanser, som befordra fagocytosen. Vid särskildt däröfver anställda undersökningar i fråga om tyfusbacillen af Wright, Leishman och förf. samt beträffande mjältbrandsbacillen af författaren har samma förhållande kunnat konstateras.[1]) Denna egenskap hos immunserum att långt kraftigare än normalserum främja fagocytosen synes nöjaktigt kunna förklara skyddsverkan hos de ej bakteriolytiska immunsera. Då emot

---

[1]) Jag förbigår här fullständigt frågan, om opsoninerna i normalserum äro identiska med de substanser i immunserum, hvilka befordra fagocytosen. För ofvanstående framställning har den ingen betydelse.

ifrågavarande organismer verksamma bakteriolytiska substanser förekomma endast i cellerna, så är det klart, att bakterierna äro undandragna denna verkan, så länge de befinna sig utanför leukocyterna. Immunserums verkan är just att befordra fagocytosen, att åstadkomma, att de bakteriedödande endolysinerna komma i beröring med bakterierna. Teoretiskt är väl tänkbart, att ett sönderfall kunde äga rum i så hög grad af leukocyterna, att tillräcklig mängd bakteriedödande substans frigöres för att döda mikroberna extracellulärt. I allmänhet och särskildt beträffande strepto- och pneumokocker synes dock detta icke vara fallet.

Om bakterierna äro i stånd att förlama fagocyternas angreppsverksamhet, så är deras vidare utveckling tryggad, d. v. s. de äro virulenta. Neufeld och Rimpau hafva också förlagt virulensen till de bakteriereceptorer, hvilka förhindra bakteriernas upptagande af fagocyterna. Genom upptagande af substanser i serum neutraliseras dessa bakteriernas egenskaper, hvarefter fagocytos inträder. Härmed är emellertid virulensen hos dessa för endolysinernas verkan känsliga organismer icke fullt förklarad. Om fagocyterna innehålla blott ringa mängd bakteriedödande substans, så kan, äfven efter inträdd fagocytos, bakteriernas afdöende utebli och i stället börja de föröka sig och framkalla snart infektion. Marsvin äro just för den skull höggradigt mottagliga för mjältbrand, emedan deras leukocyters bakteriedödande verkan på mjältbrandsbaciller är mycket svag, och för samma orsaks skull är mjältbrandsimmunserums skyddsverkan hos dessa djur i allmänhet ringa. Slutligen måste ännu en omständighet tagas i betraktande. Vid en viss storlek af infektionsdosen är det nödvändigt, att leukocyter strömma till infektionsstället, på det att de bactericida leukocytämnena verkligen skola räcka till att döda de införda bakterierna. Leukocyterna måste ditlockas, d. v. s. bakterierna måste innehålla ämnen, som åstadkomma positiv kemotaxis. Mången gång påverkas leukocyterna i detta afseende icke alls af bakterierna såsom t. ex. kaninleukocyter af mjältbrandsbacillen och af pneumokocken. Vid infektion med dessa sjukdomsalstrare uppstår hos kaninen ingen leukocytos, efter injektion af den senare i stället stundom leukopeni. Bristen på leukocyter är för bakteriernas utveckling ett gynnsamt moment, bidrar alltså till höjning af virulensen.

I början trodde man ofta, att virulenta bakterier skulle vara giftigare än avirulenta. Detta har emellertid ej visat sig vara förhållandet. Virulenta tyfusbakterier synas knappast vara giftigare än icke virulenta. I fråga om mjältbrandsbaciller och de organismer, som likna dessa, torde giftverkan vara af mycket

liten betydelse för virulensen. Starkt virulenta mjältbrandsbaciller synas vara nästan ogiftiga för kanin. På en kanin kan man inspruta fem till sex stora agarkulturer mjältbrandsbaciller intravenöst och intraperitonealt, utan att djuret dör fortare än efter injektion af två—tre öglor. Vid kolera och tyfus beror visserligen den dödliga utgången på bakteriernas giftverkan, men i alla fall har virulensens storlek föga med giftigheten att göra.

Äfven i fråga om infektionsförlopp och sjukdomsbild visa de två infektionstyperna några karakteristiska skiljemärken. Vid kolera- och tyfusinfektion hos experimentdjur för sjukdomen äfven efter den minsta dödliga dosen mycket raskt, på omkring 24 timmar, till döden och symptomen inställa sig snart. Vid intraperitoneal infektion kan döden inträda, oaktadt alla införda bakterier gått under. Närvaro af leukocyter i bukhålan är ett tecken på lindrig infektion.

Infektionen med de bakterier, hvilka icke påverkas af serumbakteriolysinerna, förlöper efter icke alltför stora infektionsdoser långsamt. Efter injektion t. ex. af små mängder högvirulenta mjältbrandsbaciller på kanin kan döden inträffa först i andra veckan. Därvid saknas sjukdomssymptom i början, så att det infekterade djuret alls icke ser sjukt ut. Dödlig utgång af infektionen vid undergång af alla bakterier förekommer, så vidt jag vet, icke. Vid infektion från bukhålan kan en betydande anhopning af leukocyter äga rum äfven vid svår infektion.

För den s. k. bakteriolytiska immuniteten komma såsom orsaksmoment tre substanser i betraktande: serumbakteriolysiner; leukocyternas bakteriedödande ämnen (= endolysiner) och opsoniner. De två första verka direkt bakteriedödande; det sista framkallar fagocytos, men bidrar endast medelbart till bakteriedödandet. Serumbakteriolysinerna och opsoninerna förekomma båda regelbundet i serum, leukocyternas bakteriedödande ämnen däremot vanligen endast i celler. De två förstnämnda förökas vid immunisering i betydlig grad, de sistnämnda synas däremot endast sparsamt nybildas. Vissa organismer påverkas af serumbakteriolysinerna, t. ex. B. typhi, Vibr. choleræ och V. Metschnikovi, andra såsom B. anthracis, B. proteus, Streptococcus pyogenes och Diplococcus pneumoniæ angripas vanligen icke af serum, utan endast af leukocyternas bakteriedödande ämnen.

Tyfus och koleraimmunsera innehålla bakteriolytiska immunkroppar och opsoniner. Vid olika immuniseringssätt torde dessa ämnen bildas i olika stor mängd. Sker immuniseringen genom behandling med vid högre temperatur dödade bakterier,

så synas hufvudsakligen bakteriolytiska immunkroppar bildas. Injiceras däremot af motsvarande bakterier framkallade exsudat (Bails aggressiner) på det djur, som skall immuniseras, så erhålles ett på opsonin rikt serum. På serums halt af fagocytosen befordrande ämnen beror det, om vid närvaro af leukocyter de injicerade vibrionerna resp. tyfusbacillerna skola lösas upp innanför eller utanför cellerna. Är serum rikt på opsonin, så tager fagocytosen genast vid och alla bakterier slukas på kort tid af fagocyterna. Om serum däremot är fattigt på opsoniner, åtminstone i förhållande till mängden af bakteriolytiska immunkroppar, så kan granulabildningen hafva framskridit långt, innan fagocytosen börjar. Metschnikoffs invändning, att uteblifvandet af granulabildning af koleravibrioner i immuniserade marsvins blodplasma bevisar brist på bakteriolytisk immunkropp, är därför ingalunda bevisande.

Immunisering med bakterier af det slaget, som endast påverkas af leukocyternas bakteriedödande ämnen, ger däremot ett serum, som saknar bakteriolytiska immunkroppar, men är rikt på opsoniner. Dess skyddsverkan består såsom förut framhållits däri, att det förmedlar endolysinernas inverkan på bakterierna.

Fältläkarstipendiaters anställning och rang.

På Med.-styr:ns hemställan har Kungl. Maj:t den 3 sistlidne maj (Sv. förf.-saml. n:r 23, förordnat, att § 2 i Kungl. kung. 24 juli 1903 (ang. tillsättning af mil.-läk.-tjänster) skall erhålla följande förändrade lydelse: »För anställning såsom fältläkarstipendiat erfordras i öfrigt att hafva aflagt med. kand.-examen och afslutat den kliniska tjänstgöringen vid Serafimerlasarettets medicinska och kirurgiska afdelningar, *med företrädesrätt för dem, som med nit och skicklighet* under sex månader tjänstgjort såsom underläkare vid garnisonssjukhuset i Stockholm. Angående anställning i fältläkarkårens reserv gäller hvad därom finnes särskildt stadgadt.»

I stället för de kursiverade orden innehöll paragrafen i sin äldre lydelse »samt att med godkänd flit och skicklighet hafva».

På Medicinalstyrelsens hemställan har Kungl. Maj:t den 26 sistlidne april utfärdat nya bestämmelser rörande *fältläkarstipendiaters rang* (bih. t. sv. förf.-saml. n:r 23). Stipendiat af 1:a klass innehar sålunda alltjämt löjtnants rang. Stipendiat

af 2:a klass och stipendiat i reserven innehar äfven löjtnants rang, om han är legitimerad läkare, eljest underlöjtnants rang. Stipendiat, som innehar underlöjtnants rang, kan efter ett års väl vitsordad anställning af Medicinalstyrelsen föreslås till erhållande af löjtnants rang. Stipendiat, som på grund af Kungl. bref 24 april 1903 räknar högre tjänstålder än bataljonsläkare, får vid gemensam tjänstgöring icke räkna sig den högre tjänståldern till godo, ej heller får stipendiat, som från reserven befordrats till beställning på stat, tillgodoräkna sig den tjänsterang han innehaft i reserven.

Sedan innevarande års Riksdag bifallit Kungl. Maj:t förslag om höjande af *fältläkarstipendiernas belopp,* till 900 och 600 kr. (från resp. 600 och 500 kr.), har alltså de af stipendiatkåren i skrifvelse till Med.-styr:n (se Läk.-tidn. 1906 n:r 45 sid. 716) framställda önskemålen blifvit tillgodosedda.

Extra provinsialläkartjänsten i Lima.

Till svar å de mot mig riktade insändarne ber jag få anföra följande: för mig har den ekonomiska sidan som sådan ej spelat den roll, som min anonyme antagonist synes förmoda. Just kårintresse har föreskrifvit mitt handlingssätt, och för öfrigt hvarför sökte den anonyme ej platsen, då den var ledigförklarad första gången? Icke var det väl för att, som herr Ström förmodar, icke göra mig platsen stridig? Att jag sökte 2:dra gången berodde på, att jag ville se, huruvida läkarstyrelsen skulle utesluta mig från förslaget, då jag icke gick in på villkoren denna gången heller. Valets utgång visste jag på förhand på grund af den mot mig drifna »nästan obehagligt personliga agitationen» såsom en Traustrandsbo skrifvit i en Dalatidning.

Herr Ströms advokatyr tyckes mig allt för genomskinlig för att hans insändare skall behöfva gendrifvas. Jag ber blott få beriktiga hans uppgift att »hittills gällande bestämmelser tillämpats utan klander i 20 års tid». Intill 1892 fans en verklig öfverenskommelse, men detta år uppsattes förut af mig omtalade villkor, ogynsammare för läkaren än förra öfverenskommelsen, samtidigt med att lönen sänktes med 1,500 kr. och arvodet för rådfrågning till hälften mot förut, enligt hvad som uppgifvits för mig. Redan 1892 och sedan 1901 har gjorts begäran om ändring, hvilket dock ej bifallits mer än i en obetydlighet för söndagstaxan. De två sista styckena i herr S—s skrifvelse äro värda begrundande af kollegerna.

Nej, saken har en vida djupare betydelse. Provinsialläkarekåren rekryteras ju mest af stads- och distriktsläkare och enligt § 19 läkarinstr. sålunda: med. styr. uppsätter 3 på förslag *efter tjänsteåren* etc. På hvad sätt får man sina tjänsteår? Jo, ibland får den minst bjudande sin tjänsteårsberäkning sig tilldelad af en läkarstyrelse, som saknar så godt som all kompetens att bedöma de sökandes meriter, och därför rent personligt afgör saken; rättvisan kräfver därför att alla platser, som äro förenade med tjänsteårsberäkning, skola tillsättas åtminstone efter med.-styrelsens förslag.

I n:o 26 har E. skrifvit om pensioneringen m. m. Åt denna kan enligt mitt förmenande knappast något göras med lif och intresse, förr än tillsättningen af platser sker rättvist, beroende i första hand på meriter och skicklighet, i andra på tjänsteår, men aldrig då den beror på personligt godtycke.

Lima 30 juni 1907.

N. A. Ahlberg.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes; [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Öfverläk.-tj. vid provisoriska sjukhuset i Stockholm (tillträdes 7 nästk. okt.; ansökan, ställd till hälsov.-nämnden, inlämnas på dess byrå)	1 aug.
Föreståndarebefattn:n v. Stockholms stads hälsovårdsnämnds bakteriolog laboratorium (ledig sedan 1 juli. Ansökan, ställd till nämnden, inlämnas på dess byrå)	1 aug.
Stadsdistr.-läk.-tj:n inom Östermalms östra distrikt af Stockholm (ansökan, ställd till hälsov:nämnden, inlämnad på dess byrå)	1 aug.
En bat.-läk.-tj. v. Dalreg:tet[1]) (ånyo ledigförklarad)	3 aug.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Falun[3]) (löneförmåner: 2,500 kr. jämte fri bostad och kost, 300 kr. för elevundervisning, en månads semester)	3 aug.
Stadsläk.-tj:n i Strömstad (ledig fr. 1 nästk. sept.; lön 1,250 kr.; sökes hos magistraten)	5 aug.
En bat.-läk.-tj. v. Norra skånska inf.-reg.:tet[1])	14 aug.
Extra prov.-läk.-tj:n i Bjerke härads distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	14 aug.
Andre underläk.-tj.:n vid lasarettet i Gäfle[3]) (*ånyo* ledigförklarad, lönen 2,000 kr., se f. ö. Läk.-tidn. n:r 19—21)	15 aug.
Bitr. läk.-tj:n v. Nyköpings hospital[3]) (den nuvarande innehafvarens förordnande utgår 9 nästa okt.)	15 aug.
Extra prov.-läk.-tj:n i Västra Vrams distr. (ledigförklarad för tiden t. o. m. innev. års utgång; distr. omfattar V. Vrams, Ö. Vrams, Ö. Sönnarlöfs, Huaröds, Fräne, Djurröds och Esphults socknar af Kristianstads län med 7,933 inv. 1 jan. 06; läk.-station och apotek vid Tollarps järnvägsstat.; lön: 1,000 kr.; ansökan till distr.-styr:ns ordf. A. J. Lidén, Tollarp)	16 aug.
En bat.-läk.-tj. v. Gottlands inf.-reg:te[1])	17 aug.

Lediga apoteksinrättningar:

Nya medikamentsförrådet i Ullared[2])	1 aug.
Apoteket i Delsbo[1]) (pensionsafgift 500 kr.)	12 aug.
Nya apoteket i Dannemora[1]) (pensionsafgift 400 kr.)	16 aug.
Apoteket i Tingsryd[1]) (pensionsafgift 200 kr.)	16 aug.
Apoteket Kronan i Uppsala[1]) (priv. uppskattadt till 100,000 kr.)	17 aug.

Af Med.-styr:n utnämnda och förordnade:

Till civil läk.-stip.: lic. *Karl Alfred Andersson.*
Till ex. prov.-läk. i Gräsö distr. (fortfarande t. o. m. 1911): lic. *K. A. Hj. Wallén.*
Till ex. prov.-läk. i Arjepluogs distr. (fortfarande t. o. m. 1911): lic. *E. Björnvall.*
Till ex. prov.-läk. i Ramsele distr. (fortfarande t. o. m. 1911): lic. *C. O. Lundin.*
Till underläk. v. Uppsala asyl (ett år fr. 1 aug.): lic. *Carl Ekecrantz*

Af vederbörande myndigheter antagna:

Till ex. prov.-läk. i Lima distr.: las.-underläk. *O. F. F. Lindemalm.*
Till stadsläk. i Trosa: lic. *Emil Börjesson.*
Till stadsläk. i Åmål: lic. *S. G. V. Törnberg.*

Af Med.-styr:n upprättade förslag:

Till *1:e prov.-läk.-tj:n i Blekinge län och prov.-läk.-tj:n i Karlskrona distr.*: J. F. A. Lindegren, A. Christer-Nilsson, C. L. Dahlberg (förord).

Sökande:

Till *stadsläk.-tj. i Vänersborg:* lic:rna E. R. Alqvist, K. J. F. Bergqvist, K. G. A. Brand och P. H. R. Jennische.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Kand. *S. Brink* t. f. las.-läk. i Ljungby 22 aug—30 sept. (t).
Lic. *E. Silfversparre* t. f. öfverläk. v. med. afd:n af las. i Falun 1 aug. —30 sept. (t).
Lic. *J. J. Trollén* t. f. stadsdistr.-läk. i Jönköping 15 juli—25 aug. (s + t).
Lic. *G. Alling* t. f. ex. prov.-läk. i V:a Vrams distr. (v).
Lic. *Y. Ekvall* t. f. prov.-läk. i Oskarshamns distr. 19 juli—18 aug. (t).
Ex. prov.-läk. *Hj. Svensson* t. f. prov.-läk. i Hvetlanda distr. 1—28 aug. (s).
Kand. *L. Söderström* t. f. ex. prov.-läk. i Älfkarleö 25 juli—28 aug. (t).
Kand. *W. Ruhe* t. f. ex. prov.-läk. i Malmbergets distr. 15 juli—14 aug. (t).
Bitr. prov.-läk. *K. Danielsson* t. f. 2:e stadsläk. i Kalmar 20 juli—19 aug. (t).
D:r *P. Bergman* t. f. öfverläk. v. med. afd:n af Malmö allm. sjukhus 14 juli—13 aug. (t).
Bitr. läk. *H. Boberg* t. f. läk. v. kriminalafd. i Växjö 3 aug.—2 sept. (s).
Kand. *J. Billström* t. f. underläk. v. krim.-afd. i Växjö 3 aug.—2 sept.
Bat.-läk. *G. Möller* t. f. ex. prov.-läk. i Hallsbergs distr. 20 juli—20 aug. (t).
Lic. *S. D. Sommarin* t. f. ex. prov.-läk. i Åtvidabergs distr. 3—31 aug. (t).
1:e stadsläk. *H. Ringborg* t. f. 1:e prov.-läk. i Kalmar län 1 sept.—30 okt. (s).

Rättelse:

Å sid. 500 rad 16 nedifrån (n:r 27) står »0,3 gm» skall vara »6,3 gm».

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 2 augusti 1907.

4:e årg.	Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER.	N:o 31.

Innehåll: IVAR WICKMAN: Om den s. k. akuta poliomyelitens utbredningssätt. — Referat. — Med anledning af brefvet till Dr. N. A. Ahlberg i n:o 26. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser. — Epidemiöfversikt. — Redaktionsmeddelande.

Om den s. k. akuta poliomyelitens utbredningssätt.

Af

Ivar Wickman.

Då *Strümpell* 1884 framställde läran om den akuta poliomyeliten som en självständig infektiös sjukdom, stödde han sig härvid på dess allmänna symptom, i synnerhet febern. Däremot saknades i uppträdandet särskildt ett drag, som tillkom många af de akuta infektionssjukdomarna. Man kände nämligen icke till, att den akuta poliomyeliten kunde uppträda endemiskt eller epidemiskt. Emellertid blef det genom *Medins* föredrag på den internationella medicinska kongressen i Berlin 1890 allmänt bekant, att sjukdomen kunde förekomma med så starkt hopade fall, att man kunde ha rättighet att tala om ett epidemiskt uppträdande. Genom *Medins* undersökningar vann detta också burskap inom den medicinska världen, ehuru läkare icke saknades, som varnade för att identifiera den af *Medin* iakttagna sjukdomen med den sedan länge kända spinala barnförlamningen. I synnerhet var det Tysklands på den tiden väl erfarnaste pediatriker, *Henoch*, som ställde sig skeptisk mot att det här var fråga om fall af akut poliomyelit, under det att *Heubner* i den efter föredraget följande diskussionen framhöll de Medinska meddelandenas »fundamentala betydelse».

Det var emellertid icke första gången, som ett epidemiskt uppträdande af den akuta poliomyeliten observerats. Visserligen

angifves det af många författare, att detta skulle ha skett redan 1843, då en amerikansk läkare *Colmer* skulle ha observerat en epidemi på 17 fall, men *Medin* har reducerat denna uppgift till dess rätta värde. För det första hette den ifrågavarande läkaren icke *Colmer* utan *Colmann*, och för det andra hade han ej observerat någon epidemi. Han hade endast sett ett enda fall, men af patientens moder erfarit, att i omgifningen ungefär samtidigt flera andra fall af förlamningar hos barn förekommit. Såvidt man vet observerades den första epidemien i trakten af Umeå af d:r *Bergenholtz*, som till Medicinalstyrelsen inrapporterade 18 fall, som inträffat inom loppet af ett par månader.

Den första publikationen öfver hitbörande ting härrör från den norske läkaren *Oxholm*, som 1886 i en begränsad trakt på kort tid såg 5 fall och dessutom hörde talas om 4 andra, som ungefär samtidigt hade förekommit i omgifningen.

Det har sedermera offentliggjorts berättelser om epidemier här och där, men i mycket mindre antal än man skulle kunna tro. I allt uppgå de till något öfver ett 30-tal. De flesta af dessa äro emellertid så små, att de knappast förtjäna namn af epidemier, i det endast ungefär ett 10-tal omfatta mer än 10 fall, den största af dessa har hitintills varit en i norra Amerika uppträdande, med något öfver 100 fall.

Den fråga, som först uppställer sig, gäller naturligtvis, huruvida sjukdomen är kontagiös, öfverförbar genom personlig beröring, och om detta är det vanliga spridningssättet. För ett sådant utbredningssätt föreligger före 1905 års svenska epidemi intet enda ens tillnärmelsevis otvetydigt bevis.

För att visa riktigheten af detta uttalande, skall jag anföra de i litteraturen förefintliga uppgifter, som skulle kunna tala för att sjukdomen är kontagiös.

Medin observerade, hur en liten flicka under den tid, då hon på grund af annan åkomma dagligen besökte barnpolikliniken, hvarest då ofta fall af akut poliomyelit visades, själf angreps af denna sjukdom. Däremot funnos för de öfriga fallen under 1887 års epidemi i Stockholm, icke den ringaste anledning att misstänka, att de smittat hvarandra, de förekommo också i vidt skilda delar af staden. I de fall, där syskonen sjuknat strax efter hvarandra, kan detta enligt *Medin* förklaras på annat sätt än genom smitta från den ena patienten till den andra, och som sin åsikt uttalar han, att det väl ej är alldeles omöjligt, att sjukdomen kan öfverföras genom personlig beröring, men att detta ytterst sällan torde vara fallet.

Af alla öfriga epidemier lämnar nästan endast den af *Leegaard* beskrifna några faktiska upplysningar och dessa af stort intresse. *Leegaard* kunde nämligen påvisa, hur sjukdomen, som först

uppträdde vid kusten, härifrån spred sig inåt landet och därvid följde kommunikationsvägarna. Med rätta framhåller *Leegaard*, att man därigenom får ett starkt intryck af, att man har att göra med ett kontagium. Fall, som skulle kunna tjäna som bevis härför föreligga emellertid, såvidt jag kan finna, icke. Visserligen talar han i den sammanfattande öfversikten om att sjukdomen utvecklat sig efter besök. Nu finnes emellertid i den detaljerade redogörelsen för fallen endast ett sådant omnämndt, och detta kan knappast anses fritt från invändningar.

En 20-årig tjänstflicka besökte den 17 sept. sin kusin, som sedan den 10 sept. låg sjuk i akut poliomyelit. Efter en vecka den 23 sept., insjuknade hon själf. Men nu hade redan den 17 sept. hennes syster likaledes insjuknat i poliomyelit. Om systrarna bodde i samma hus, framgår ej med tydlighet af beskrifningen, i hvarje fall bodde de, som kartskissen ger vid handen, i hvarandras omedelbara grannskap, möjligen tjänade de i olika familjer. Dessutom upplyste den behandlande läkaren, att på den gård, där den ifrågavarande 20-åriga tjänstflickan innehade plats, såväl hennes medtjänarinna, som familjens 7 barn strax förut hade insjuknat med feber, hufvudvärk och kräkningar. Det är efter vår nuvarande kännedom om sjukdomen högst sannolikt, att det i dessa senare fall varit frågan om abortiva former och det skulle i så fall här föreligga flera infektionskällor. Det är under sådana omständigheter åtminstone lika sannolikt att den ifrågavarande flickan ådragit sig sjukdomen vid ett annat tillfälle än vid besöket.

Cordier, som 1888 beskrifvit en liten epidemi på 13 fall i Syd-Frankrike, anger likaledes att sjukdomen i ett fall utvecklat sig efter ett besök, som pat. gjort hos ett annat angripet barn. Emellertid ha fallen samlats först ett år efter det akuta stadiet, hvilket naturligtvis i hög grad förringar uppgiftens värde.

Platou, som i södra Norge såg en mindre epidemi på c:a 20 fall, uppgifver, att det för några af fallen låg nära att antaga en öfverföring från person till person. Något annat skäl för detta än att några af fallen uppträdde i närheten af hvarandra anfördes emellertid icke.

Det anförda är allt hvad jag i litteraturen kunnat finna angående den akuta poliomyelitens sätt att utbreda sig. De iakttagelser, som skulle kunna anses tala för att sjukdomen är af kontagiös natur, äro som af ofvanstående framgår alltför enstaka och obestämda för att tillåta några säkra slutsatser, i synnerhet då den allmänna erfarenheten, att sjukdomen vanligen uppträder med enstaka fall, synes strida mot antagandet af en kontagiositet.

Zappert, som publicerat en uppsats öfver den akuta polio-

myeliten i Wien, hvarest 1898 en märkbar stegring i sjukdomsfallens antal inträffade, betonar att vid det material af 171 fall, som observerats under en tidrymd af 12 år, icke en enda gång ett samtidigt insjuknande af syskon kunnat konstateras och fortsätter: »Wenn auch über derartige Vorkomnisse eine Reihe von Beobachtungen in der Litteratur vorliegen, so treten dieselben jedenfalls sehr zurück gegenüber den Mitteilungen von epidemischen Auftreten ohne direkte Berührung der Kranken. Wahrscheinlich handelt es sich auch in familiären Fällen um einen ausserhalb der Kranken befindlichen Ansteckungsstoff, dem die Patienten in gleicher Weise ausgesetzt waren.»

Denna *Zapperts* slutsats var på grund af det då (1898) föreliggande materialet fullständigt berättigad och återger den allmänt antagna uppfattningen af sakförhållandena hos dem, som öfverhufvud bildat sig en mening om frågan.

Af ofvanstående torde framgå, att *vi hitintills icke ägt ett enda någorlunda säkert bevis för den akuta poliomyelitens smittosamhet,* och att vi *öfverhufvud taget varit i nästan fullständig okunnighet om sjukdomens utbredningssätt.*

Efter de erfarenheter, som vunnits i Sverige under den 1905 uppträdande stora epidemien — och att döma af ett par notiser i den dagliga pressen synas liknande rön ha gjorts samtidigt i Norge — ha förhållandena mycket ändrat sig. *Den akuta barnförlamningen och de med densamma ätiologiskt identiska sjukdomsformerna måste anses såsom kontagiösa sjukdomar, spridande sig genom öfverföring från person till person.*

Tydligast framgår detta, om vi se på förhållandena inom begränsande områden, där sjukdomen uppträdt epidemiskt, där alla eller i det närmaste alla fall kunnat medtagas, och där förhållandena på platsen kunnat närmare undersökas. Bättre än långa redogörelser demonstreras det sannolika sambandet mellan fallen i en sådan trakt å det bifogade schemat.[1] Å detta upptagas alla de fall, som inträffade inom Trästena socken i Västergötland. Denna socken, som ligger c:a 1 mil från Mariestad, räknar något öfver 500 invånare. Boningshusen, 102 till antalet, ligga spridda och isolerade från hvarandra och äro bebodda af inalles 132 familjer. De allra flesta husen inrymma alltså endast ett hushåll.

I socknen insjuknade nu f. o. m. den 28 juni—4 aug. 05 icke mindre än 49 personer. Af dessa visade 26 förlamningar, de öfriga företedde endast allmäna infektionssymptom.

---

[1] *Anm.* Detta är, liksom de följande sidorna, hämtadt ur en af förf. till med.-styr. aflämnad rapport. Den därstädes använda numreringen af fallen, har här bibehållits,

Dessa senare fall, hvilka i schemat utmärkts med parenteser, måste betraktas såsom abortivformer.

Då i allmänhet hvarje familj har en eller flera kor, som lämnar dem mjölk, som medlemmarna förtära, och dessutom de flesta hushåll ha sin egen brunn, synes en spridning genom mjölken eller dricksvattnet redan från början ytterst osannolik. Detsamma gäller de öfriga födoämnena. Provianteringen försiggår vanligen från det närbelägna stationssamhället Töreboda, hvarest sjukdomen först senare uppträdde.

Vid forskandee efter en gemensam infektionskälla visade det sig snart, att denna var att söka i Trästena folkskola, och den noggrannare undersökningen gaf här ganska oväntade och öfveraskande resultat. Den först den 28 juni insjuknade gossen (n:r 481) besökte denna skola. Detsamma var förhållandet med icke mindre än 7 andra patienter, hvilka i sina resp. hem uppenbarligen bildade utgångspunkten för nya fall. Dessa ha å schemat förbundits med skolan (×) genom heldragna streck (n:r 477, 463, 465, 470, 459, 472 samt 455). I åtminstone en af familjerna, där 4 medlemmar insjuknade ($^{12}/_{7}$, $^{16}/_{7}$, $^{20}/_{7}$, $^{22}/_{7}$) var den först insjuknade det enda af barnen, som besökte skolan. Tilläggas må, att alla skollärarens egna barn, som bo i skolhuset, och af hvilka tvänne voro skolpliktiga, samtliga insjuknade, den ena efter den andra.

Men äfven andra grupper kunna bringas i samband med skolan. I icke mindre än 5 familjer hade de insjuknade medlemmarna skolpliktiga syskon, som dock aldrig visade några symptom. En familj, hvars två barn (n:r 498—499) insjuknade, men som ej hade barn i skolan, bodde i samma lilla hus, som en annan i skolåldern varande flicka, hvilken hela tiden förblef frisk. Samtliga dessa hus äro å schemat förbundna men skolan genom streckade linjer. Det anförda förhållandet tyder på, att smittan i likhet med hvad vi finna vid andra infektionssjukdomar, kan spridas genom mellanled, som icke förete några sjukliga symptom. *Vi ha här uppenbarligen att göra med de från en del andra infektionssjukdomar väl bekanta s. k. bacillbärarne.*

I god öfverensstämmelse med detta antagna olika öfverföringssätt genom skolan står tiden för sjukdomens uppträdande inom de olika familjerna. I de familjer nämligen, där sjukdomen antages ha spridt sig medelst direkt öfverföring (genom *sjuka* skolbarn), uppträder det första fallet under tiden 28 juni —12 juli. I de hushåll däremot, dit smittan sannolikt förts genom mellanpersoner (*friska* skolbarn) faller tidpunkten för uppträdandet af det första fallet mellan den 13 och 23 juli. Om jag tillägger att skolan stängdes den 15 juli, så tror jag

man kan påstå, att det knappast kan gifvas ett vackrare exempel på en skolepidemi.

Af de öfriga angripna fallen kunna 4 eller 5 sättas i samband med ett af de förut omnämnda infekterade husen, hvarest n:r 470—471 insjuknade. N:r 484, som insjuknade den 22 juli, hade nämligen den 19 juli gjort ett besök hos ett den 18 juli insjuknadt barn (n:r 471). Sedermera insjuknade den förstnämndas 2 syskon. Vidare arbetade en man (n:r 487), som insjuknade den 29 juli, på gården, liksom ock fadern till en den 23 juli insjuknad gosse (n:r 497), hvilken dessutom hade en broder i skolan.

Det återstår endast trenne angripna hus. Det ena af dessa (n:r 491) låg nästan sammanbygdt med ett af de angripna, för de två andra (n:r 500—502 samt n:r 503) kan intet säkert samband med de öfriga påvisas, men det ligger mycket nära till hands att antaga, att smittan förts dit från något af de kringliggande husen, för hvilket också insjukningsdagarna tala.

Ett sådant förhållande, som det här ofvan beskrifna, kan svårligen förklaras på annat sätt än genom sjukdomens öfverförande från person till person, icke sällan med mellanled af friska personer.

Ett sådant uppträdande som poliomyelit-epidemien visat i Trästena har förut aldrig observerats vid denna sjukdom. Visserligen är antalet förlamningsfall i och för sig mycket stort, och redan af deras förhållande i vissa af familjerna frestas man till misstanken att en kontaktepidemi föreligger. Men i full klarhet framstår detta först om man tar hänsyn äfven till de abortiva formerna. Jag behöfver endast hänvisa till grupperna 459—462, 463—464, 472—476, för att det skall bli tydligt, i hvilket helt annat ljus de i en familj uppträdande enstaka utpräglade förlamningsfallen te sig från epidemiologisk synpunkt, om man ser dem i samband med de abortiva formerna eller betraktar dem blott och bart för sig. Å andra sidan är den omständigheten, att de abortiva formerna på ett naturligt sätt passa in i serien af fall i samma familj ett kraftigt bevis för deras ätiologiska samhörighet med de utbildade förlamningsfallen.

Ett fullständigt analogt spridningssätt visade sig nu inom flera andra trakter, hvarest äfvenledes alla eller nästan alla fallen kunde sättas i samband med hvarandra genom *påvisbar* direkt eller indirekt kontakt.

Men äfven i de trakter, hvarest intet direkt samband mellan fallen kunde påvisas, visade sjukdomen tvänne drag, som tillkomma de kontagiösa sjukdomarna nämligen dels att

fallen uppträda gruppvis och dels att *spridningen är tämligen kortinuerlig från socken till socken och vanligen radiär.*

Hvad gruppbildningen beträffar, så visade den sig såväl däruti att inom de större härdarna fallen uppträda i angränsande och t. o. m. icke så sällan i samma hus och då vanligen i samma familj som ock däruti, att de till synes isolerade och enstaka fallen, om man tar större områden i betraktande nästan alltid bilda mindre grupper. Så äro t. ex. de från Skåne bekanta 19 fallen hufvudsakligen koncentrerade på trenne ställen, i trakten af Broby i nordvästra delen af landskapet, omkring Brösarps station (i sydöstra delen) samt omkring Eslöf. På samma sätt är denna gruppbildning af enstaka fall inom Norrland alldeles särskildt påfallande, och här gör sig synnerligen vacker en radiär spridning från den först angripna trakten gällande. Detta förhållande är så mycket viktigare att få konstateradt, som det nästan med nödvändighet måste förbli obeaktadt för den praktiserande läkaren, då nämligen dessa fall äro relativt få och spridda öfver så stort område, att endast ett eller annat faller inom hvarje enskild läkares verksamhetssfär, och sambandet med tydlighet framträder först vid en kartläggning af sjukdomen.

Af ofvanstående korta öfversikt torde framgå, att *den akuta poliomyeliten visar ett utbredningssätt, hvilket såväl i sina detaljer, där dessa kunnat undersökas, som ock öfverallt i sina hufvuddrag är fullständigt analogt med det, som är utmärkande för de kontagiösa sjukdomarna.* Att detta icke förut påvisats beror, utom på det hitintills förefintliga materialets litenhet, hufvudsakligen därpå, att man lämnat ur räkningen de abortiva formerna och att man ej haft sin uppmärksamhet fästad på möjligheten af öfverföring genom friska mellanled.

Med åsikten om sjukdomens kontagiösa natur är det emellertid ej oförenligt att virus kan spridas äfven på annat sätt, ehuru detta synes ske endast i undantagsfall. Så är det icke osannolikt att för en liten grupp inom Kalmar län mjölken varit bäraren för smittämnet, liksom för ett enstaka fall i Stockholm detsamma synes ha häftat vid dödt föremål.

Referat.

(Forts. och slut fr. n:r 29).

Jämföras nu dessa tre till diskussion stående dietförslag från teoretisk synpunkt, så är det ej så lätt att i princip bestämma sig för det ena eller för det andra. Alla tre hafva

sitt berättigande, men det kan ej lyckas i hvarje fall att kombinera skonsamhetsprincipen med de andra att borttaga syrebildningen och att med en forcerad näring åstadkomma blodstillandet i en diet. Praktiskt hafva enligt sina förespråkares påstående alla tre kostsätten gifvit goda resultat. Naturligtvis förekomma i ulcusbehandlingen äfven dåliga resultat, utan att dieten ensam får göras ansvarig därför.

För sin del ansåg förf. hufvudpunkten i den Lenhartzska dieten att undvika undernäring för riktig men kunde lika litet som Minkowski undertrycka betänklighet mot dess användande vid påkommande blödningar. Äfven kunde förf. ej obetingadt ansluta sig till den fordran att bekämpa hyperaciditeten med stora doser ägghvita (ägg, köttfärs). Vid högre grad af öfverskjutande saltsyrebildning föredrogs snarare en kolhydratlik skoningsdiet.

Hvad angick Senators förslag, så kunde rekommendation af glutin, mandelmjölk och fruset smör otvifvelaktigt hälsas som en utvidgning i ulcusdieten, men den föreställningen, att gelatin i magen, hvarest den smältes genom magsaften, verkar lika blodstillande som vid oförändradt upptagande i blodet, kunde ej accepteras.

Hufvudsakliga fördelen i Lenhartz och Senators förslag ansåg förf. ligga däri, att de kunde vänja oss från det alltför skematiska följandet af den Leubeska matsedeln. »Måtte vi blifva lugnt kvar på principen af den skonsamhet, hvarpå den är uppbyggd, men må vi vidga kosten i de fall, då omständigheterna så kunna påkalla och särskildt i de fall, då krafterna fordra det, tidigare än det af Leube är föreskrifvet, må vi öka kosten med ägg, gelatin, smör, grädde, mandelmjölk, socker, något vin och äfven med risgrynsgröt. Med köttfärs och med skrapad skinka må vi vara försiktiga, då den råa bindväfven ställer på magens smältningsförmåga de största anspråken bland alla födoämnen.»

Efter detta omdöme om dieten öfvergick förf. till ett kort omnämnande af den medicinska behandlingen af ulcus. Den Leubeska föreskriften att dagligen dricka ett glas Carlsbader Mühlbrunnen (tidigt på fastande mage, klunkvis och varmt) visade sin nytta i att reglera öppningen. Bland andra medel kommo till användande egentligen endast vismut och argentum nitricum, oafsedt naturligtvis från små doser smärtstillande medel (belladonna, codein och opium), hvilka vid häftiga smärtor ej kunde undvaras.

Den Kussmaulska vismutbehandlingen bestod däri, att man i början dagligen och sedermera hvarannan dag införde 10—20 gm subnitr. bismuth. i 200 kcm vatten genom sond i den förut

grundligt rengjorda magen, i det man lägger den på den sida där såret förmodas och så låter pat. ligga $^1/_4$ timma med sonden tillklämd för att vismuten må afsätta sig på sårytan. Därefter låter man vattnet åter afrinna och aflägsnar sonden. I stället för att inhälla uppslamningen kan den äfven intagas genom munnen. Att vismuten kan lägga sig på sårytan som ett skyddande lager, konstaterades genom anatomiska iakttagelser. Rörande värdet af vismutterapien voro åsikterna dock ej ense. Merendels kunde man undvara den under sängkuren, dock var ett försök under alla omständigheter tillåtet. Lapisbehandlingen kunde likaledes anbringas medels sond (spolningar med 1 % lapislösning efter förutgången tvättning) eller genom ingifning af 0,1 % lösning (matskedvis, $^1/_4$ timma före maten). Den lämpade sig särskildt som ambulant behandling under rekonvalescensen.

Den förut omtalade vanliga ulcuskuren, eller den dietiska hvilokuren, förde inom tiden af fyra till sex veckor vanligen i ett stort antal fall till ett så fullständigt undanrödjande af alla symptom och besvärligheter, att man var berättigad att tala om läkning. I tvifvelaktiga fall, om smärtorna ej upphörde eller det Weberska profvet ännu gaf blodspår i faeces, måste kuren förlängas. I allmänhet var det tjänligt att efter slutad kur ej genast låta patienterna upptaga sin verksamhet och ej tillåta dem full frihet i afseende på föda. Som efterkur rekommenderades eventuellt en mild kur i Carlsbad eller vistelse på ett lämpligt landställe för kroppskrafternas höjande.

Om det oaktadt godt resultat uteblef, eller upprepade recidiv inställde sig inom kort tid, så uppstod fråga om ett operativt ingrepp, speciellt i de fall, då efter användande af alla till förfogande stående invärtes metoder smärtor fortfarande uppträdde i magtrakten med kräkning eller tidvis med fullständigt afhållande från föda, så att allmänbefinnandet och hela organismen led skada och patienterna blefvo till arbete oförmögna. Under sådana omständigheter, till och med om därvid hypersekretion och tidvis förlångsammad motilitet hos magen förefanns, rekommenderade förf. alltid operation bestående i gastroenterostomi och ej i bortskärandet af ulcus, genom hvilket förfaringssätt förf. haft glädjen se åtskilliga af sina patienter återgifna till lefnadslust och arbete. Den som i dylikt fall ej ville bära den relativt ringa risken af en operation (omkring 10 % dödlighet), den var svår att råda. Om äfven spontana läkningar voro möjliga, så förgingo dock merendels många år, under hvilka patienterna släpade sig från läkare till läkare och från en kur till en annan.

Vände man sig så till komplikationerna, hvilka gjorde

genomförandet af den regelbundna ulcuskuren omöjlig, så stodo blödningarna därvid främst, nämligen de svåra respektive upp repade blödningarna, ty de lättare graderna af hematemesis vållade ej nämnvärda obehag. Som allmänt erkända behandlingssätt kommo därvid närmast i fråga absolut kropps- och själshvila, isblåsa på magtrakten och i fall benägenhet för kräkning ännu förefanns eller den sjuke var orolig, ett narcoticum (opium eller belladonna i suppositorier eller morfin subkutant). Hvad angick intagandet af föda, så yrkade de flesta läkare i motsats mot det Lenhartzska förslaget på en absolut afhållsamhet. På sin höjd kunde man, om stor törst förefanns, låta ispiller smälta i munnen. Näringen må uteslutande gifvas genom lavemanger och äfven för längre tid, om de fördragas väl och den sjukes allmäntillstånd tillåter en öfvergående undernäring. Härvid låg mycken vikt på, att läkaren gaf noggranna föreskrifter och själf öfvertog bestyret med tillredning af näringsvätskan, ty om man öfverlämnade lavemangerna åt betjäningen, blef slemhinnan alltför lätt retad och därmed vägen spärrad. Vid öfvergång till intagande af föda genom munnen gaf man under de första dagarna med is afkyld mjölk, iskall köttgelé etc.

Af medicinska medel för bekämpandet af blödningen var ej alltför mycket att vänta. Per os kunde gifvas acetas plumbicus (5 ctgm hvarannan timme i pulver) eller adrenalin (1—2 kcm af 0,1 % lösning); mera voro subkutana ergotininjektioner att rekommendera (ergotin 2, aqu. dest och glycerin aa 5, en spruta hvarannan timma) eller gelatininsprutningar. Från olika håll har föreslagits att införa magslang och bespola magen med isvatten; förf. fruktade dock, att få läkare skulle besluta sig för ett dylikt ingrepp, äfven om den sjuke inför deras ögon uppkräktes blod. Ej mycket annorlunda ställde sig förhållandet med spolningar af en uppslamning af vismut i vatten genom sond.

Höggradiga blodförluster kunde indicera eventuellt subkutana koksaltinfusioner eller autotransfusion genom omlindning och högläge af benen. Städse måste dock vid upprepade och svåra blödningar frågan om operation tagas under öfvervägande och skall man därvid göra rätt att afgöra den frågan i samråd med en kirurg. I allmänhet äro utsikterna för ett operativt ingrepp vare sig genom underbindning af det blödande kärlet, genom kauterisering, genom bortskärande af såret eller genom gastroenterostomi tämligen dåliga. Vid upprepade små blödningar kan dock prognosen för en operation ställas betydligt gynnsammare.

Liksom vid svåra blödningar ställa sig förhållandena vid hotande perforation af ett magsår i bukhålan. De tecken, som

tyda på en dylik eventualitet, äro ej tillförlitliga. Blott om tydliga peritonitiska retningssymptom uppträda eller gnidningsljud höras i öfre delen af buken har man någon säkerhet. Om man ej genast beslutar sig för operation, hvars utsikter i sådana fall äro vida bättre, skall terapien vara densamma som vid blödningar. Har perforation verkligen ägt rum, kan naturligen endast skyndsam operation komma i fråga. Men också diagnosen af skedd perforation är ej så lätt, ty det är visst ej ovillkorligen erforderligt, att kräkningen genast upphör och peritonitistecken lika tydligt framträda. Förf. skulle dock alltid i ett fall, hvarest misstanke på perforation förelåg, såvida pat:s krafter tilläto det, snarare råda till operation än till att exspektera.

I fråga om följdtillstånden efter ulcus hafva kvarstående karakteristiska besvärligheter såsom kräkning, smärtor och pyloruskramp ofta efter än så omsorgsfull ulcuskur redan funnit omnämnande och därvid framhållits, att under dylika omständigheter till och med om hypersekretion och motoriska rubbningar voro påvisbara och om en sköljkur med lapislösning eller en vismutkur likaledes blifvit utan resultat, var operation indicerad. Pylorusförträngningar som leda till motorisk insufficiens i anmärkningsvärd grad indicera ock operativt ingrepp. Vid lindrigare grad af passagehinder kunde man däremot afvakta till och med om det kan antagas, att såret var läkt. Dylika patienter kunna under omsorgsfull diet eller under regelbundna eller tidvisa sköljningar hållas fortfarande i ett drägligt tillstånd. I tvifvelaktiga fall må åt den sjuke själf lämnas afgörandet, huruvida han hellre vill påtaga sig risken af en operation eller allt fortfarande bära på de besvärligheter, som hans lidande förorsakar honom.

De så kallade perigastritiska sammanväxningarna af magen med grannorganen, hvilkas kliniska tecken många gånger endast utgöras af häftiga, ej alltid på intagande af föda beroende, lokaliserade smärtor, hafva på sista tiden ådragit sig allt större intresse. Uppkomsten af dylika sammanväxningar är ej alltid klar, men i alla händelser erfordras ej något till serosan sig sträckande sår för att framkalla dem. Efter lösning af adhäsionerna försvinna smärtorna med det samma, men det förekommer ock, att benägenhet för adhäsioner består, så att recidiv senare kunna förekomma. Svårigheten i dylika fall ligger mera i diagnosen än i terapien, hvilken sistnämnda endast kan vara operativ, sedan försöken med thiosinamininsprutningar visat sig värdelösa. För diagnosen hafva hittills inga allmänna regler kunnat uppställas, men redan tanken på möjligheten af dylika adhäsioners befintlighet i det gifna fallet kan anses som en god början för en riktig lösning af frågan. *Runborg.*

———

Med anledning af brefvet till Dr. N. A. Ahlberg i n:o 26

från »En som ej sökt Lima».

Under förutsättning att Lima extra prov.-läkardistrikt ger 9,000 kr. i årsinkomst och dessutom frihet från kommunalskatt — jag bortser nu från det stora arbete, som i Lima kräfves för att få ihop summan — är ju Lima ett mycket godt distrikt. Att Ahlberg kunde anses själfskrifven till efterträdare åt Landahl, blott han förhållit sig tyst, låtit udda vara jämnt, det veta vi som känna Ahlberg och hans meriter.

Det torde icke vara nödvändigt att till bevis härför anföra hans långa och förtjänstfulla verksamhet vid Falu lasarett, Daladistriktens praxis att gärna välja underläkare vid nämnda lasarett, Ahlbergs interimsvikariat och hans stora förmåga att komma väl öfverens med alla människor m. m.

Något skäl att betvifla Ahlbergs själfskrifvenhet synes mig därför icke finnas.

Dock beslöt sig Ahlberg för att återtaga sin ansökan och resignerar således från ett lefvebröd på cirka 10,000 kr. för att hålla priset uppe. Han är, så vidt jag vet, lika beroende af sin arbetsförtjänst som flertalet af oss, och han saknar visst icke hvarken lust eller krafter att sköta tjänsten i Lima.

Sedan Ahlberg uppträdt mot Lima-taxan och skrifvit i tidskriften därom, så *var hans öde,* också enligt min mening, *besegladt* och det icke blott i Lima utan troligen också på många andra ställen.

Föga tycker jag därför det gör till saken, att han — i sin oro? — insände en andra ansökan.

Ingen tviflar på, att han ännu en gång återtagit ansökan, därest han varit ensam sökande och taxan ej ändrats.

Jag kan därför icke finna något klander mot Ahlberg rimligt. Nej tvärtom, jag tycker att handlat utmärkt väl, ja mönstergillt.

Och eftersom Ni lämnar åt kåren att benämna hans handlingssätt, ber jag såsom kårmedlem för min del få om hans handlingssätt föreslå den benämningen, att Ahlberg har för kårens intresse slagit det största slag, som enskild medlem hittills slagit, och att han i hög grad gjort sig förtjänt af dess tacksamhet.

Och vidare tillåter jag mig tro, att om vi alla bure oss åt som Ahlberg gjort, vi icke skulle vara fjärran från bättring i våra villkor.

Den 30 juni 1907.

F. Wictor Asklin.

Hvarjehanda notiser.

Minimitaxa, antagen af Kalmar läns läkarförening den 11 Juni 1907.

Taxa A) *Hemma hos läkaren.*

1)	Rådfrågning, vare sig recept meddelas eller ej, vare sig personligen, genom ombud eller per telefon	2—3 kr.
2)	Förnyelse af recept	1 kr.
3)	Specialundersökningar af blod, magsaft, urin, upphostningar o. d. samt bakteriologiska undersökningar ...	2—5—10 kr.
4)	Smärre ingrepp utan bedöfning, t. ex. kateterisering, öppnande af mindre abscesser, suturanläggning m. m.	3—5 kr.

5) Vid bedöfning tillkommer utöfver ersättning för operationen
a) för lokal bedöfning .... 2—5 kr.
b) » allmän » .... 5—10 kr.
6) Anläggande af gipsförband .... 5—10 kr.
7) Omläggning af antiseptiska förband .... 2—3 kr.
För gips- och antiseptiska förband tillkommer utöfver ersättning för anläggandet äfven ersättning för förbandsartiklarne.
8) Tanduttagning utan bedöfning .... 2 kr.
För rådfrågning eller behandling hemma hos läkaren under tiden 10 e. m.—8 f. m. 100 procents förhöjning, hvarvid dock ej arvodet får understiga 5 kr.
9) Besiktning eller undersökning af lefvande person jämte skriftligt intyg angående
a) hälsotillstånd (för inträde i skola, yrke, tjänst, sjukkassa, förening o. d.) .... 3 kr.
b) färgsinne .... 2 kr.
c) sinnesbeskaffenhet .... 10—20 kr.
d) sjukdom (för tjänstledighet) .... 3 kr.
e) kroppsskada (efter öfvervåld o. d.) .... 5 kr.
f) olycksfall
1) vanligt formulerat, graderat intyg ... 2—5 kr.
2) invaliditetsintyg .... 5 kr.
g) lifförsäkring .... 7,50—15 kr.
h) intyg till sanatorier .... 5 kr.
10) Intyg angående sjukdom, som af läkaren behandlats, då förnyad undersökning ej erfordras .... 2 kr.

Taxa B) *Besök i den sjukes hem.*

1) Inom 2 kilometer .... 3—5 kr.
2) Från 2 till 5 kilometer .... 5—7,50 kr.
3) Öfver 5 kilometer: 5 kr. för hvarje började 5-kilometer, eventuellt med rabatt öfver 15 km.
4) Förlossning: utöfver arvode för sjukbesök samt fri skjuts eller reseersättning 10—25 kr.
5) För kirurgisk behandling: utom för besök o. d. ersättning enligt Taxa A.

Rådfrågas läkaren vid sjukbesök af annan medlem af samma familj eller hushåll, betalas utom grundpriset för hvarje fall efter Taxa A.

Öfverstiger afståndet en kilometer, bör tjänlig skjuts ställas till läkarens disposition. Begagnas annat fortskaffningsmedel, beräknas arvodet efter den åtgångna tiden för resa fram och åter efter 4 kr. för hvarje påbörjad timme samt ersättning för fortskaffningsmedlet.

Sjukbesök nattetid betalas med 100 procents förhöjning af ofvanstående arvoden.

Taxa C) *Ackord.*

1) Nya ackord uppgöras ej under några omständigheter.
2) Gamla ackord uppsägas eller höjas så snart ske kan enl. följande norm:

A) Familjeackord
   a) inom 2 kilometer
      För ensam person .... 50 kr.
      För mindre familj (högst 4 personer jämte tjänare) .... 75 kr.
      För större familj .... 100—200 kr.
   b) öfver 2 kilometer
      För ensam person .... 30 kr.
      För mindre familj .... 50 kr.
      För större » .... 75 kr.
      jämte ersättning för resa enligt Taxa B jämte skjuts.
   Specialbehandling, förlossningar och intyg ersättas särskildt.

B) Kollektivackord med fabrik o. d. (Med sjukkassor uppgöras *under inga villkor* ackord.)
   a) därest ej fri medicin åtnjutes
      För ensam person .... 3 kr.
      För familj .... 7 kr.
   b) därest fri medicin åtnjutes
      För ensam person .... 4 kr.
      För familj .... 8 kr.

Där afståndet öfverstiger 1 kilometer, tillkommer skjuts och ersättning för resa efter Taxa B.

Kollektivackord omfattar arbetare och underordnad kontorspersonal jämte deras i hemmet boende hustru, oförsörjda barn och orkeslösa föräldrar. I aftalet ingår ej massage-, elektricitets-, kirurgisk eller annan specialbehandling, ej heller förlossningar eller intyg.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n: [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
En bat.-läk.-tj. v. Dalreg:tet[1]) (ånyo ledigförklarad)	3 aug.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Falun[3]) (löneförmåner: 2,500 kr. jämte fri bostad och kost, 300 kr. för elevundervisning, en månads semester)	aug.
Stadsläk.-tj:n i Strömstad (ledig fr. 1 nästk. sept.; lön 1,250 kr.; sökes hos magistraten)	5 aug.
En bat.-läk.-tj. v. Norra skånska inf.-reg.:tet[1])	14 aug.
Extra prov.-läk.-tj:n i Bjerke härads distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	14 aug.
Andre underläk.-tj.:n vid lasarettet i Gäfle[3]) (*ånyo* ledigförklarad, lönen 2,000 kr., se f. ö. Läk.-tidn. n:r 19—21)	15 aug.
Bitr. läk.-tj:n v. Nyköpings hospital[3]) (den nuvarande innehafvarens förordnande utgår 9 nästa okt.)	15 aug.
Extra prov.-läk.-tj:n i Västra Vrams distr. (ledigförklarad för tiden t. o. m. innev. års utgång; distr. omfattar V. Vrams, Ö. Vrams, Ö. Sönnarlöfs,	

Huaröds, Fräne, Djurröds och Esphults socknar af Kristianstads län med 7,933 inv. 1 jan. 06; läk.-station och apotek vid Tollarps järnvägsstat.; lön: 1,000 kr.; ansökan till distr.-styr:ns ordf. A. J. Lidén, Tollarp) 16 aug.
En bat.-läk.-tj. v. Gottlands inf.-reg:te[1]) 17 aug.
Under.-läk.-tj:n v. las. i Jönköping[8]) (löneförmåner: 1,800 kr. jämte fri bostad samt kost eller 600 kr. i kostpenningar) 24 aug.
Extra prov.-läk.-tj:n och därmed förenade läkarbefattningen vid Tulseboda brunn (se annons i dagens n:r) 24 aug.
Prov.-läk.-tj:n i Nedre Fryksdalens distr.[1]) 26 aug.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Delsbo[1]) (pensionsafgift 500 kr.) 12 aug.
Nya apoteket i Dannemora[1]) (pensionsafgift 400 kr.) 16 aug.
Apoteket i Tingsryd[1]) (pensionsafgift 200 kr.) 16 aug.
Apoteket Kronan i Uppsala[1]) (priv. uppskattadt till 100,000 kr.) 17 aug.

Af Med.-styr:n utnämnda och förordnade:

Till ex. prov.-läk. i Östervåla distr. (t. o. m. 1910): lic. *P. E. H. Hofstedt.*
Till ex. prov.-läk. i Hammerdals distr. (fortfarande t. o. m. 1912): lic. *C. O. Ohlin.*
Till underläk. v. lasarettet i Linköping: lic. *H. Forssman.*

Af Med.-styr:n upprättade förslag:

Till *prov.-läk.-tj:n i Katrineholms distr.*: N. Dallby, H. A. Willén (förord), F. A. Lindstein (A. W. Bergengren hade återtagit sin ansökan).

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Extra prov.-läk. i Älfdalens distr. m. m. *L. A. Gullström* (31 juli).

Sökande:

Till *en bat.-läk.-tj. v. Norrbottens reg:te:* fältläkarstipendiaten af I klass G. J. Wirde.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Underläk. *A. Larsson* t. f. las.-läk. och prov.-läk. *A. Möller* t. f. underläk. v. las. i Borås 1 aug.—9 sept. (t).
Lic. *N. O. Timberg* t. f. prov.-läk. i Nedre Fryksdalens distr. (v).
Lic. *N. A. Ahlberg* t. f. ex. prov.-läk. i Älfdalens distr. (v).
Civ.-stip. *E. Lange* t. f. prov.-läk. i Nora distr. 1—25 aug. (s).
Fältläk.-stip. *Hj. Erfass* t. f. extra läk. v. positionsart.-r:tet 1—15 aug.
Fältläk.-stip. *C. H. O. Lundvall* t. f. extra läk. v. fälttelegrafkåren 31 juli—20 aug.
Kand. *Aug. Norberg* t. f. bitr. läk. v. Göteborgs hosp. 26 juli—25 aug. (s).
Ombudsmannen *E. Sederholm* adjung. led. i med.-styr:n 25 juli—9 aug. (s).
Aman. *E. Åberg* t. f. omb.-man i med.-styr:n 25 juli—9 aug.
Prof. *V. Lindberger* adj. led. i med.-styr:n 19 juli—9 aug.
Fältl.-stip. *G. A. Wingren* t. f. extra läk. v. Göta lifgarde 19 juli—31 aug.
Lic. *A. Simonsson* t. f. 2:dra stadsläk. i Landskrona (v).
Lic. *A. Warberg* t. f. extra prov.-läk. i Klintehamns distr. 1 aug.—30 sept. (t).
Kand. *P. Eckton* t. f. extra läk. i Båstads distr. 30 juli—30 aug. (t).
Bitr. prov.-läk. *Weber* t. f. 1:ste prov.-läk. i Västernorrlands län och t. f. prov.-läk. i Hernösands distr. 9—29 aug. (s).

Kand. *L. Widner* t. f. ex. läk. i Österåkers distr. 1—28 aug. (t).
Lic. *H. Brand* t. f. extra prov.-läk. i Näskotts distr. (v).

Död:

Praktiserande läkaren i Stockholm, med. licentiaten m. m. *Thom Edvard Oskar Björklund* afled i Vaxholm den 23 juli.

Öfversikt af sammandragen af epidemirapporter

för halfva månaden 1—15 juli 1907.

	Städer.					Landsbygd.				
	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa
Stockholm	—	21	31	—	52	—	—	—	—	—
Stockholms län	—	—	—	—	—	11	5	13	—	29
Uppsala	—	—	—	—	—	—	15	7	—	22
Södermanlands	1	—	1	—	2	—	3	7	—	10
Östergötlands	3	2	2	—	7	1	8	4	—	13
Jönköpings	—	4	5	—	9	—	5	—	—	5
Kronobergs	—	—	—	—	—	1	—	21	—	22
Kalmar	2	—	16	—	18	3	—	29	—	32
Gotlands	—	—	—	—	—	—	7	—	—	7
Blekinge	—	—	—	—	—	—	—	3	—	3
Kristianstads	1	—	9	—	10	3	1	17	—	21
Malmöhus	87	2	18	—	107	3	4	40	—	47
Hallands	2	—	9	—	11	—	—	10	1	11
Göteborg	1	12	6	—	19	—	—	—	—	—
Göteborgs o. Bohus	—	—	9	—	9	—	—	10	—	10
Älfsborgs	—	1	3	—	4	1	6	31	—	38
Skaraborgs	—	—	—	—	—	2	2	6	—	10
Värmlands	1	1	—	—	2	—	1	6	—	7
Örebro	—	—	—	—	—	—	1	4	—	5
Västmanlands	—	—	1	—	1	—	3	1	—	4
Kopparbergs	1	—	—	—	1	3	1	1	—	5
Gäfleborgs	—	2	—	—	2	2	5	4	—	11
Västernorrlands	—	13	2	—	15	6	4	14	—	24
Jämtlands	—	—	—	—	—	1	2	1	—	4
Västerbottens	—	—	—	—	—	—	8	—	—	8
Norrbottens	—	—	—	—	—	—	—	8	—	8
Summa	99	58	112	—	269	37	81	237	1	356

Summa sjukdomsfall i hela riket: nervfeber 136, skarlakansfeber 139, difteri 349, rödsot 1. — *Akut barnförlamning* 16 fall, hvaraf i städerna Stockholm, Malmö och Landskrona resp. 2, 2 och 1 fall samt på landsbygden 1 i hvardera af Stockholms, Södermanlands, Östergötlands, Jönköpings, Kalmar, Blekinge, Älfsborgs och Norrbottens samt 3 i Malmöhus län.

Redaktionsmeddelande:

Under tiden 1—15 augusti handhafvas redaktionsgöromålen af doktor E. Ahlström, Västmannag. 4. R. 6003. A. 9090.

500 - 501 - 502

20/7 24/7 27/7

459 - 460 - 461 - 462

(3/7) (6/7) 10/7 (14/7)

488 - 489 - 490

(c. 13/7) 23/7 (24/7)

491

(24/7)

472 - 473 - 474 - 475 - 476

(8/7) (20/7) (21/7) 27/7 (28/7)

465 - 466

4/7 (10/7)

496

27/7

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 9 augusti 1907.

4:e årg. | Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER. | N:o 32.

Innehåll: OSKAR MEDIN. — GOTTFRID TÖRNELL: Om folkskoleläkares instruktion och aflöningsförhållanden. — JOHN NORDLUND: Beriktigande af d:r J. Konows uppsats i n:r 25 af Läkartidningen. — Fältläkarkårens omorganisation. — När är en afskedsbeviljad provinsialläkare fri från tjänsten. -- Periodisk litteratur. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser. — Kvartalsrapport.



Oskar Medin.

Allm. sv. läkarföreningens afgående ordförande.

Då Allm. sv. läkarföreningen vid Örebromötet 1901 ombildades till en permanent centralförening för landets läkare i syfte att upprätthålla en god och värdig anda inom kåren och

främja läkarnas sociala och ekonomiska intressen samt tillgodose deras vetenskapliga intressen, så valdes professor *Oskar Medin* till *ordförande*, ett val, som förnyades såväl i Göteborg 1902 som i Malmö 1905. Vid det senaste mötet — i Sundsvall sistl. juli —, där Oskar Medin, som vanligt med intresse, säkerhet och älskvärdhet förde klubban, måste emellertid föreningens ledamöter böja sig för hans bestämda afböjande af ett förnyadt återval.

Med innevarande års utgång lämnar alltså prof. Medin en post, där han, därom torde icke finnas mer än en mening, visat sig såsom den rätte mannen på den rätta platsen. Det är icke blott ledningen af de tre allmänna mötena 1902—1907, af föreningens styrelsesammankomster och fullmäktigemöten, som Oskar Medin på ett högst förtjänstfullt sätt handhaft, han har dessemellan vid talrika tillfällen genom personliga insatser gjort sig värd läkarkårens erkänsla. Bland de egenskaper, som utmärkt Medin, träder i första rummet den, att ordföranden städse varit *den gode kamraten*, som med öppen blick för sammanhållningens betydelse, med nit och sakkännedom främjat föreningens uppgifter.

Till det uppriktiga tack, som ägnas Oskar Medin för hvad han under sex år verkat såsom Allmänna svenska läkarföreningens ordförande, fogar Läkartidningen sitt varma erkännande för hans kraftiga medverkan vid startandet af föreningens tidskrift.

Till sist bringas honom på sextioårsdagen den 14:de dennes en hjärtlig tillönskan att han än i långa tider med oförminskad arbetshåg och ungdomlig spänstighet må kunna verka på skilda områden.

Om folkskoleläkares instruktion och aflöningsförhållanden.

Af

Gottfrid Törnell.[1]

Skolläkarfrågan arbetar sig allt mer och mer fram i Sverige, liksom i andra länder och måste den på ett eller annat sätt tillfredsställande ordnas. Genom Kungl. Maj:ts stadga af 18

---

[1] Min mening hade varit att anmäla denna uppsats till läkaremötet i Sundsvall, men blef jag därifrån hindrad af bristande tid.

februari 1905 har densamma beträffande de allmänna läroverken fått en i sin helhet god lösning, om ock kanhända en eller annan detalj är i behof af närmare bestämmelser. Att hoppas är att skolläkarfrågan skall ungefär motsvarande ordnas vid våra folkskolelärare- och lärarinneseminarier, tekniska, elementarskolor och flickskolor.

Skolläkarfrågan vid våra folkskolor däremot står ännu blott i ett förberedande stadium. På sin höjd ett dussin af Sveriges större och medelstora städer bestå sig ännu med skolläkare och studerar man instruktionerna finner man snart att allt ännu är ett enda stort kaos.

De städer, som hafva folkskoleläkare äro: Stockholm, Göteborg, Malmö, Gäfle, Helsingborg, Jönköping, Sundsvall, Eskilstuna, Visby och Hernösand samt möjligen en eller annan till, som jag ej har reda på.

Hvad som genast faller i ögonen vid genomläsande af instruktionerna är att ingen enhet råder på de olika orterna beträffande skolläkarnes arbete.

Gemensamt för alla är att skolläkaren skall öfvervaka de hygieniska förhållandena i skolorna och därom afgifva rapport till skolrådet, till hvilket skolläkaren kan inkallas, att söka förhindra smittosamma sjukdomars spridande inom skolan, samt slutligen att afgifva vederbörlig årsberättelse öfver sin verksamhet.

Barnen skola af läkaren undersökas, men gälla därom olika bestämmelser på de olika orterna;

I Helsingborg är läkaren skyldig att öfvervaka undervisningen i hälsolära i fortsättningsskolans flickafdelningar samt t. o. m. hålla samaritkurs för lärarne, om mot särskildt arvode förmäles icke.

Jönköping har i sin nya instruktion af år 1906 i mycket följt mitt förslag till instruktion för folkskoleläkare, såsom det angifves i min bok »om skolläkare», af år 1905. Så har införts skyldigheten för läkaren att närvara i skolan minst en timme hvar annan vecka, samt uppläggandet af frågoformulär för nybegynnare, hälsoregister och hygienisk liggare.

På sista tiden har på flere ställen ännu något mera börjat komma på tal, nämligen frågan om meddelande af läkarevård åt sjuka skolbarn, så att läkaren skulle blifva ej blott undersökare af barnen utan äfven sjukbehandlare.[1]

Så uppgifves från Stockholm att skolläkaren skall två gånger i månaden hålla mottagning i de större skolhusen, då

---

[1] I detta sammanhang yttrar jag mig ej om specialbehandling af ögon- och öronåkommor och dyl.

undersöka de barn, som af lärarne sändas till honom och »äfven meddela behandling, där så ske kan», men att någon vård i hemmen af skolans läkare ej ifrågakommer samt att skolläkarnes löner med anledning af detta tillägg »blifvit något höjda».

I Malmö nya instruktion finnes följande infördt:

»Skolläkaren åligger:

att när han efter verkställd undersökning funnit ett barn vara i behof af läkarevård meddela sådan, för så vidt det kan ske i skolan;

att under tiden mellan besöken i skolan i sitt hem eller mottagningsrum undersöka och eventuellt behandla de barn, lärarne ansett vara i behof af skyndsam vård;»

»Vård i barnens hem åligger icke skolläkaren». I instruktionen för Sundsvall mom. 3 säges:

»Skolläkaren åligger att på sitt ämbetsrum mottaga och mot med skolrådet öfverenskommet pris gifva föreskrift angående behandling af mindre bemedlade barn, som eljes icke åtnjuta fri läkarevård.»

I Gäfle få de folkskolebarn fri läkarbehandling af folkskoleläkaren i dennes hem och under mottagningstid, hvilka ej hafva fattigvårdshjälp, men af resp. lärare—lärarinnor på grund af rådande fattigdom rekommenderas, dock först sedan fattigvårdsdirektören pröfvat saken och gifvit sitt bifall. Folkskoleläkaren har härför att af skolkassan uppbära 1 krona för hvarje besök.

Det synes mig som om det skulle vara med stor fördel förenadt om Allmänna Svenska Läkarföreningen ville taga frågan om folkskoleläkarnes ställning till skolmyndigheterna litet om hand, och synes mig tiden just nu vara inne därtill, då institutionen så att säga ligger i sin linda, men visar goda tendenser, att hastigt vilja växa. Det torde vara skäl att icke låta folkskoleläkareinstitutionen blifva ett enbart mellanhafvande mellan enskilda läkare och skolråd här och där i riket, utan att läkareföreningen ville redan från början träda emellan för att leda institutionen in på rätt väg, samt därvid äfven tillse att icke läkarne blifva belastade med för drygt arbete utan skälig ersättning. Det synes mig som om det skulle vara mycket lyckligt om läkareföreningen ville i denna fråga göra några uttalanden och detta särskildt beträffande:

1) enligheten i instruktionerna;

2) skolläkarnas aflöning; samt

3) frågan om fri läkarevård åt skolbarnen.

Hvad den första frågan beträffar har jag i mitt ofvan nämnda arbete om skolläkare uppsatt förslag till instruktion

för folkskoleläkare, hvarför jag ej nu har anledning att närmare ingå därpå. Om just mitt förslag är det lämpligaste, vill jag naturligtvis lämna därhän, därom kan ju diskuteras, men hvad jag bestämdt vill framhålla är, att en normalstadga för folkskoleläkare bör upprättas, hvilken sedan må kunna i vissa delar förändras efter hvarje orts behof, men dock ej mer än att hufvuddragen äro desamma. Att läkareföreningen är snart sagdt den enda kompetenta att uppgöra sådan normalstadga samt att skolråden hvar i sin ort med tacksamhet skulle mottaga densamma, finner jag självfallet.

I samband med sådan normalinstruktion kunde lämpligen aflöningen regleras. Med det skiftande arbetet på olika håll, är mycket svårt att vinna klarhet om honorarets tillräcklighet, men då nu allt synes tendera till att folkskoleläkarnes arbete kommer att blifva en större eller mindre efterbildning af läkarnes vid de allmänna läroverken, skulle det vara mycket lämpligt att äfven denna sak kunde ordnas på för skolläkaren tillfredsställande sätt. Hvad slutligen beträffar den tredje frågan, fri läkarvård åt sjuka folkskolebarn af skolläkaren, så är jag för min del i princip motståndare till sådan vård.

Det synes mig som om skolläkarens arbete, att hygieniskt öfvervaka skollokalerna med deras lefvande materiel, skolbarnen, skulle förryckas. Mig synes Tysklands exempel efterföljansvärdt. Där förekommer, som bekant, ingen fri läkarvård. Skall skolläkaren upptaga tiden vid sina besök i skolan 1 timme hvar annan vecka, med skötsel af vanlig sjukpraktik, är jag rädd, att det centrala i hans arbete, det rent skolhygieniska, lätt kommer i bakhand.

Om emellertid så nu är, att en kommun vill bestå sig med lyxen att kosta på folkskolebarnen fri läkarvård, må vara, däremot finnes naturligtvis icke någon absolut invändning att göra, ej heller att sådan vård bestrides af skolläkaren, men därför fordras, att nödiga medel ställes till förfogande för att ersätta läkarens i hög grad ökade arbete.

Skall fri läkarvård af skolläkaren lämnas, bör aflöningen därför, helt och hållet skiljas från aflöningen för den verkliga skolläkaretjänsten. Arbetet för hälsovården i skolan kan öfverskådas och därför något så när beräknas, för sjukvården omöjligt.

Hvad kan då anses vara skälig aflöning för lämnad sjukvård åt samtliga barn i en skola? Ja, det är omöjligt att säga; lättare är att säga, hvilken aflöning som är olämplig.

I Malmö anses 50 öre per barn och år för besiktning och vård vara skälig betalning. Jag är öfvertygad om att samtliga läkare i likhet med mig finner sådan aflöning omöj-

lig. Våra lokalläkarföreningar hafva uppgjort minimitaxor och stämma alla öfverens däri, att ersättning för s. k. kollektivackord böra beräknas efter *minst* 1 krona för person och år utom sjukresor. Denna taxa är för låg, och höjas som bekant för närvarande röster för upphäfvande af alla kollektivackord. Skola vi nu genast vara färdiga att utan ringaste anledning sänka taxan till 50 öre? Finnes ringaste skäl att meddela läkarvård åt en hel klass af medborgare, må vara små medborgare, för 50 öre per individ och år? Saken tenderar att blifva en ny sjukkassefråga. Ej kan heller åberopas, att barnen äro friskare än vuxna arbetare; så torde ingalunda vara förhållandet.

Jag föreställer mig lifligt, att mottagningarna skola blifva öfverväldigande. Om så småningom, hvilket väl är att hoppas, *alla* Sveriges städer skaffa sig folkskoleläkare, skulle i en hast på läkarekårens bekostnad ett afsevärdt stort antal samhällsmedlemmar på bekvämt och billigt sätt skaffa sig fri läkarvård. Om vi beräkna invånarantalet i Sveriges städer till 1,300,000[1], antalet folkskolebarn till 8—10 % däraf, skulle vi snart få en här af omkr. 115,000 människor att vårda för en ytterst ringa betalning.

Meningen med dessa uträkningar är naturligtvis icke att förvägra fattiga folkskolebarn fri läkarvård, sådan erhålles redan öfverallt genom respektive stadsläkares försorg, meningen är endast att framhålla, att *om* kommunerna vilja bereda alla sina folkskolebarn fri läkarvård vid sjukdomar, beskattningen för denna fria vård bör falla på kommunerna och icke på läkarekåren.

På grund af ofvanstående vill jag framhålla som min mening att Sveriges allmänna läkareförening borde uttala sig för

1) att en normalinstruktion upprättas för folkskolornas läkare;

2) att folkskoleläkarens aflöning ej bör understiga visst bestämdt belopp; samt

3) att om fri läkarvård skall meddelas af skolläkaren, aflöningen därför bör skiljas från den egentliga skolläkarlönen samt utgå efter af läkarföreningen bestämda grunder.

---

[1] År 1904 var antalet inv. i Sveriges 25 största städer (med öfver 10,000 inv.) 1,161,934.

Beriktigande af d:r J. Konows uppsats i n:r 25 af Läkartidningen.

Af
John Nordlund.

I n:r 25 af Allmänna svenska läkartidningen för innevarande år förekommer en uppsats af J. Konow med titeln »Sjuktransportvagnar på statsbanorna. Ett olämpligt system.» Som författaren synes dels alldeles missuppfattat afsikten med dessa vagnars tillkomst och dels vara illa underrättad om huru de äro konstruerade, torde ett beriktigande häraf vara på sin plats.

Jag har af Kungl. Järnvägsstyrelsen erhållit uppdraget att föreslå dessa vagnars utrustning med en del effekter, som kunde anses behöfliga vid sådana tillfällen, då vagnarna äro afsedda att användas, och har efter inhämtande af prof. J. Åkermans välvilligt afgifna råd fullgjordt detta uppdrag. Och är det på grund däraf jag känner mig uppfordrad att skrifva dessa rader.

Ifrågavarande vagnar äro i främsta rummet afsedda att användas dels vid inträffade järnvägsolyckor och dels vid inom landet inträffade olyckor af annan art. Dessutom har tillgång till transport genom dem, för ett relativt billigt pris, beredts för sjuka, som kunna vara däraf betjänta.

Det har däremot ej varit meningen att dessa vagnar skulle kunna beräknas vara tillhands när hälst ett fall behöfver för hastig operation införas till lasarett. Att ett antal af 8 vagnar icke vore tillräckligt härför på Sveriges nu så vidsträckta statsbanor, är uppenbart.

Att inrätta så, som man sedan någon tid försökt å Uppsala—Gäfle järnväg, d. v. s. att låta hvarje snälltåg innehålla en sjuk-kupé (på nämnda järnväg inrättad i en kombinerad person- och resgodsvagn), skulle för Statens järnvägars vidkommande medföra synnerligen stora kostnader och skulle för öfrigt icke vara lämpligt ur sjuktransport-synpunkt.

Då frågan om ordnande af sjuktransporten å Statens järnvägar var före i Järnvägsstyrelsen, gjordes en utredning öfver de kostnader, en anordning med sjukkupé i en boggievagn i de dagliga snälltågen skulle medföra i jämförelse med stationerade sjukvagnar. Af denna utredning, som förutsatte sjukkupé endast i *ett* snälltåg dagligen i hvardera riktningen å Statens järnvägars *hufvudlinjer*, framgick att, under antagande af att ifrågavarande kupé användes för sjuktransport under 20 % af det kilometerantal, som af kupén tillryggalades, men under 80 % af vägen ginge tom, Statens järnvägars kostnader för dylik sjuktransport skulle blifva i rundt tal nittiotusen (90,000)

kronor *större* pr år än om transporten företagits i sjukvagnar, som, då de ej användas för sitt ändamål, stått stilla å en station.

Det är ju tydligt, att om systemet med sjukkupé i snälltågen komme till användning, Statens järnvägars utgifter för kupéns framdragande skulle minskas ju mer kupén användes, d. v. s. betalades. Huruvida intensiteten af sjuktransporterna skulle blifva större än de antagna 20 %, är ju omöjligt att afgöra, men detta tal har användts för att erhålla en jämförelse och torde i alla händelser med säkerhet *icke* vara *för lågt* tilltaget.

Det är dock icke endast den stora kostnaden, som gör systemet med sjukkupé i de dagliga snälltågen olämpligt för Statens järnvägar. Det är nämligen klart, att om detta system användes, skulle en sjuk, som t. ex. medföljde det till Norrland uppgående tåget från en station söder om Ånge för att införas till Sundsvalls lasarett, vid ankomsten till Ånge skulle behöfva öfverflyttas till en annan vagn. Och icke blott i Norrland skulle en sådan omflyttning af den sjuke ofta blifva nödvändig, utan äfven i andra delar af landet. En blick på järnvägskartan visar, att Statens järnvägars hufvudlinjer i allmänhet beröra ett fåtal städer. Så t. ex. råkar Östra stambanan ingen stad mellan Linköping och Lund, utan utgår i stället grenbanor från hufvudlinjen till de å ömse sidor om denna liggande städerna.

Under sådana förhållanden är ju tydligt, att vid ett system med sjukkupé i de dagliga snälltågen, omflyttning af den sjuke under transporten i åtskilliga fall måste företagas, såvida icke hela den vagn, d. v. s. den tåget åtföljande resgodsvagnen, i hvilken sjukkupén är belägen, äfven skulle afkopplas. Orimligheten af en sådan anordning ligger för den med järnvägsförhållanden aldrig så litet förtrogne i öppen dag.

Systemet med sjukkupé i snälltågen kan således *icke* anses praktiskt å Statens järnvägar, utan äro särskilda sjukvagnar, som kunna upphämta och aflemna den sjuke äfven vid grenbanor, utan att den sjuke behöfver byta vagn, att föredraga.

För sådana sjukdomsfall, t. ex. appendiciter, som erfordra en så skyndsam operativ behandling, att tid icke finnes att invänta en sjukvagn, kan lämpligen den speciellt för sjuktransport å järnväg af Stille konstruerade båren komma till användning. Denna bår, som förevisades i Svenska läkarsällskapet våren 1906, är afsedd att ställas på soffan i en II-klass kupè i en boggievagn. Det har vid försök, som utförts i närvaro af mig och en del af Järnvägsstyrelsens funktionärer, framgått, att båren i fråga kan belastad införas i kupéerna i Statens järnvägars boggievagnar.

Med fog kan emellertid ifrågasättas, om det tillhör Statens järnvägars uppgift att i tillräckligt antal, d. v. s. på snart sagdt hvarje station, tillhandahålla en sådan bår. Det torde snarare åligga allmänheten själf att förse sig med sådan bekvämlighet; och torde med säkerhet trafikledningen sedan icke försumma att bereda plats i en kupé för en å dylik bår liggande sjuk.

Hvad beträffar de nya sjukvagnarna, äro de icke boggievagnar, utan hafva endast två axlar. Doktor Konows utrop: »betänk hvilken otymplig anordning: vid transporten af en eller kanske ett par patienter skall en hel boggievagn rekvireras» grundar sig således på en förutsättning, som icke är riktig. Det låg emellertid nära till hands att önska, att den jämna gång, som genom användande af boggier åstadkommes hos en järnvägsvagn, komme särskildt sjuka eller skadade till del. För att undvika den af d:r Konow framhållna »otympligheten» att vid transport af endast en eller ett par sjuka behöfva taga en hel boggievagn i anspråk, hafva de nya sjukvagnarna konstruerats tvåaxliga; och har denna konstruktion af Järnvägsstyrelsen med så mycket mindre tvekan valts, som genom särskilda anordningar af axlar och fjädrar numera en mjuk och behaglig gång kan gifvas äfven åt tvåaxliga vagnar.

Sjukvagnarna är försedda med s. k. fria länkaxlar, vid hvilken konstruktion axelafståndet kan göras mycket stort och erhåller själfva vagnskorgen ringa inverkan af axlarnas rörelser och stötarna på banan. Fjädrarna äro långa och betydligt mjukare än å de vanliga personvagnarna. Vagnarnas gång har också vid företagna profåkningar visat sig synnerligen mjuk och behaglig.

Hvad slutligen beträffar d:r Konows yttrande att »man behöfver ej vara profet för att förutspå, att den nya, präktiga vagnparken, afsedd för sjukvården, kommer trots de billiga biljettprisen till liten eller ringa användning åtminstone i fredstid», så torde få nämnas, att oaktadt endast en del af vagnarna f. n. är tillgänglig för användning — vagnarnas utrustning med inventarier pågår nämligen — hafva dock sedan i midten af april till i början af innevarande månad vagnarna tagits i användning för sjuktransport icke mindre än 48 gånger. Doktor Konows med så stor säkerhet uttalade spådom har således visat sig icke hålla streck. Den flitiga användning, vagnarna redan fått, visar tvärtom tydligen, att de fylla ett kändt behof.

Åsikterna om lämpligheten af olika system för sjuktransport å Statens järnvägar kunna ju vara delade. Det torde dock icke kunna anses förmätet begära, att den, som framkommer med offentlig kritik öfver ett system och föreslår

andra anordningar, dessförinnan har satt sig in i, huruvida hvad som föreslås också verkligen är genomförbart och praktiskt. Hade d:r Konow gjort detta, skulle han säkerligen kommit till insikt om, att det af honom rekommenderade systemet för sjuktransport, som tillämpas på den relativt korta och af endast en hufvudlinje bestående banan mellan Uppsala och Gäfle, hvarken kan med rimliga kostnader genomföras å Statens järnvägar och ej häller där skulle vara praktiskt.

Till sist får jag meddela, att en illustrerad och särdeles tydlig beskrifning öfver de nya sjukvagnarna finnes i »Järnbanebladet» n:r 10 innevarande år.

Fältläkarkårens omorganisation.

Vid Svenska Militärläkareföreningens årsmöte den 29 juni 1907 beslöts efter diskussion angående fältläkarkårens ifrågasatta omorganisation att göra följande uttalande:

1. Alla vapenföra, värnpliktiga medicine studerande utbildas — efter genomgången beväringsrekrytskola och efter afslutad propedeutisk samt viss klinisk tjänstgöring å Karolinska institutet — med särskild hänsyn till deras möjligen blifvande användning såsom militärläkare i fält.

2. Antalet ständigt tjänstgörande läkare vid armén lämpas efter behofvet å olika garnisonsorter samt med nödig hänsyn till mobiliseringsbehofvet, i allmänhet två läkare vid hvarje truppförband. Den ökade tjänstgöring, som häraf blir en följd, måste motsvaras af högre lön.

Behofvet af läkare i öfrigt tillgodoses dels genom fast anställda läkare med bestämd, kortare, årlig tjänstgöringstid och med däremot svarande lön, dels genom läkare i reserven och möjligen genom fältläkarstipendiater samt vid mobilisering dessutom genom läkare i värnplikts- och landstormsåldern.

3. Vid hvarje arméfördelning anställes på stat en fördelningsläkare med sådan lön, att till tjänsten kunna påräknas i alla afseenden fullt kompetenta läkare.

4. Där det ej är lämpligt att inrätta *större* militärsjukhus, vid hvilka fullgod vård kan beredas arméns sjuka, böra aftal träffas med civila sjukhusinrättningar angående beredandet af erforderlig sjukhusvård åt arméns personal.

Å de militära sjukhusen böra, såvidt möjligt, äfven civila patienter kunna mottagas till vård.

5. Anställning vid kliniker och sjukhus bör i största möjliga mån beredas åt militärläkare.

6. Chefen för arméförvaltningens sjukvårdsstyrelse bör äga generalmajors rang och lön.

När är en afskedsbeviljad provinsialläkare fri från tjänsten?

I *allmänhet* lära statens tjänstemän, vid uppnådd pensionsålder, inlämna afskedsansökan utan att därvid särskildt begära afskedet från en viss dag. Och praxis lär äfven vara, att i dylika fall Kungl. Maj:t resolverar, att den sökande, »som denna dag beviljats afsked — — —, äger att åtnjuta pension — — — från och med den 1 i nästkommande månad». Hvarken i läkarinstruktionen eller i någon annan förrättning finnes, så vidt jag vet, någon bestämmelse, som besvarar ofvanstående fråga. I analogi med bestämmelsen i § 20 läk.-instr., att *utnämnd* prov.-läkare skall tillträda tjänsten »med månaden näst efter den då utnämningen skedde», och »innehar han redan vid utnämning sådan tjänst, *kvarstår* han i densamma till dess han tillträder den nya tjänsten», d. v. s. den 1 »*i månaden näst efter*», skulle man väl kunna anse sig ha rätt antaga, att en afskedsbeviljad prov.-läk. *borde kvarstå* till »månaden näst efter». Men denna åsikt hyser åtminstone icke medicinalstyrelsen: För någon tid sedan beviljades en dag i konseljen afsked åt en prov.-läk. Samma dags e. m. tillkännagafs i »Post- och Inrikes Tidn.» afskedet, utan att därvid nämndes något om dagen, då friheten skulle börja eller pensionsperioden skulle inträda. Ehuru den afskedsbeviljade i detta fall ej bodde längre bort i landsorten än att han redan påföljande dag kunde med egna ögon läsa tidningsnotisen och således jämförelsevis tidigt fick kännedom om afskedet, så ansåg han sig dock *tillsvidare* bunden vid tjänsten, utan rätt att neka sitt biträde åt länstyrelsen och allmänheten i distriktet. Han ansåg sig tillsvidare bunden som jourhafvande läkare i distriktet, om också ej fullt så länge han ännu ej hunnit mottaga »svart på hvitt» i ett Kungl. Bref om afsked och pension, så åtminstone tills han fått spörja om vakans-vikarien. Då han ännu ej tre dagar efter han läst i Posttidningen hört något från med.-styrelsens kommissonär, telegraferar han till denne, som då svarar, att vikarie samma dag förordnats från och med nästkommande förste. Då någon tid därefter länstyrelsen hade att utanordna tjänstgöringspenningar för afskedsmånaden, synes hos länsstyr. ovisshet ha rådt om beräkningssättet. På länsstyrelsens förfrågan svarar Med.-st., att tj.-penningarne skola betalas endast till och med den dag afskedet beviljades i konseljen, »*emedan under de återstående dagarne af månaden ingen vikarie varit tillförordnad*». De för ifrågavarande dagar beräknade tj.-penningarne (efter 52 kr. *åtta öre* pr månad) utgörande hela sex kronor och 92 öre »skola statsverket besparas», förklarar Med.-styr. Sant var ju, att ingen vikarie varit tillförordnad; *men lika sant är, att den pensionsbeviljade prov.-läk. faktiskt kvarstod i tjänsten intill den dag och timme vakans-vikarien vidtog.* Härom kunde äfven den tjänsten åtföljande acceptboken vittna. Strängt taget kan väl en med.-styr. ej på eget bevåg företaga sig att tillförordna en

vikarie så länge ej samma underordnade styrelse fått officiell underrättelse från departementet, att afskedet beviljats. Just den omständigheten, att ingen vikarie varit tillförordnad, borde tala för att den afskedsbeviljade skulle haft de 6 kr. 94 öre, äfven om han *icke* faktiskt hade kvarstått i tjänsten, hvilket han nu gjorde till den första. För läkare vid flottan t. ex. om en sådan har tjänstledighet och ingen särskild vikarie är tillförordnad, gäller att han får uppbära »traktamentet». — För öfrigt, enl. § 38 mom. 3, läkarinstr., skall vid prov.-läk.:s *afgång från tjänsten* arkivet öfverlämnas till »*efterträdaren*». Men efterträdare finnes ej för att vikarier finnes. Först när vikarie finnes kan arkivet lämnas, först då sker »afgång från tjänsten»; till den tiden böra naturligtvis tjänstg.-penningar åtnjutas.

Konsekvenserna af Med.-st:ns ifrågavarande »lagtolkning» skulle kunna bli ödesdiger nog; antag att t. ex. prov.-läk. i Lycksele, eller i annat aflägset distrikt, beviljades afsked den 1 i en månad. En bekant i Stockholm läser Posttidningen samma eftermiddag och telegraferar genast till Lycksele. Redan den 1 på aftonen anser sig Lyckseledoktorn fri såsom fågeln och afreser genast och för alltid från L. Samma afton ankommer kanske »till prov.-läk. i Lycksele» åtskilliga tj.-bref om anbefalda epidemiresor, obduktioner m. m. Ja, kanske till och med Med.-styr:n samma dag på förmiddagen ännu okunnig om afskedet, kan ha skickat en skrifvelse »till prov.-läk. L.», som kräfver »skyndsamt besvarande». Om en half eller hel månad tidigast kanske ha de goda lyckseleborna hunnit få vakans-vikarie, som då öppnar alla tjänstebrefven och sedan reser ut i bygden och obygderna för att konstatera huru många som lyckats öfverlefva epidemierna eller om någon rest af obduktionsföremålen finnes kvar.

Om Med.-styrelsen skulle fortfara med en dylik »lagtolkning», som icke kan anses gynnsam hvarken för allmänheten eller läkarne, hvilkas tjänstgöringspenningar för öfrigt redan förut äro knappa nog, så synes det önskligt, att i besvärsväg ett prejudikat kunde tillkomma snarast möjligt för en lämpligare praxis.

Äldre Kamrat.

Periodisk litteratur.

Här meddelas de senaste tidskriftshäftenas innehåll med undantag af referat, boknyheter m. m.

Hygiea n:o 5. *Hugo Köster:* Två fall af lokaliserade ryggmärgstumörer jämte några ord om ryggmärgstumörernas diagnos. — *G. Naumann* och *Gösta Göthlin:* Om plastisk induration i tunica albuginea och corpora cavernosa penis. — *J. Felländer:* Ett fall af elephantiasis endometri fibrosarcomatosa giganteocellularis. — *K. Ståhlberg:* Några ord om kongenital oftalmoplegi jämte meddelande af tvänne hithörande fall. — *H. Weber:* Huru stort är antalet lungsotspatienter inom Jämtlands och Västernorrlands län? — *Axel Lagerman:* Om läkarbesiktning af minderåriga arbetare, sysselsatta i industriellt arbete. — *Emil Almblad:* Fall af gumma i saccus lacrymalis.

Norsk Mag. for Lægevidenskaben, n:o 6. *Axel Holst:* Om beri-beri. — Undersøgelser i anledning af skibs-beri-beri. — *Dr. Dreijer:* Om dødeligheden paa barselseng i Norge. — *J. Roll:* Bidrag til lungeabscessernes kirurgiska behandling. — *A. Berg Nilssen:* Pludselig død på grund af hæmoptyse i ett ikke langt framskredet tilfælde af phthisis

calculosa. — *Vilhelm Magnus:* Et tilfælde af syringomyeli. — *Olaf Scheel:* Karmaalinger og arteriosklerose.

Tidskrift for den norske Lægeforening, n:o 10—11. *P. Aaser:* Om diagnosen af kopper. — *C. Aall:* Et tilfælde af sammenvoksede tvillinger. — *E. Aaser:* En praktisk metode til kvantitativ bestemmelse af druesukker i urin. Dr. Walbums saccharimeter.

Ugeskrift for læger, n:o 18—21. *P. Tetens Hald:* Om Forøgelse af Ørefloddets Vægtfylde ved Otitis media suppurativa acuta som Indikation for Opmejsling af Processus mastoideus samt om de Fejl, der knytter sig til Hammerschlags Metode til Vægtfyldebestemmelse. — *Edv. Porst:* Meddelelse fra Kliniken for Øre, Næse og Halssygdomme ved Garnisonssygehuset i København. — *Jul. Petersen:* Linné som medicinsk Lærer og Videnskapsmand. — *Gustaf Meldors:* Om Forekomsten af Involdsorme hos Befolkningen i Grønland. — *E. Schmiegelow:* Om Oesophago-Tracheo- og Bronchoscopin. — *E. Ingerslev:* Nogle Bemærkninger om Bartholins Anatomi i kinesisk Omklædning.

Medicinsk Revue, n:o 6. *A. Cappelen:* Aarsberetning for Stavanger sygehus 1906. — *J. Sandberg:* Lumbalanæsthesi. — *Einar Horn:* Om lumbalanæsthesi. — *M. Geirsvold:* Lidt om serumbehandling ved tuberkulose. — *Karl A. Andresen:* Sindssyke forbrydere. Fængselslægernes opgave.

Tidskrift i Militär Hälsovård, n:o 2. *C. Lamberg:* Önskemål för den militära sjukvården. — *Ernst Boman:* Svenska arméns sanitetsmateriel. — *Arthur Söderberg:* Om upprättande af en centraldepå för tillverkning af medicinaltabletter och förbandsartiklar för armén och flottan.

Nord. Tidskr. for Terapi, *Vilh. Jensen:* Om anvendelse af skraat Agarlag i Klinikens Tjeneste. — *Vald. Bie:* Om Sterilisation af Börnemelk ved Hjælp af Brintoverilte.

Finska läkarsällskapets handl:r, juli. *H. Wasenius:* Experimentelle undersökningar öfver uteruskontraktionerna hos födande kvinnor samt öfver eterns och morfinets inflytande på desamma. — *O. Engström:* Till uppkomsten af stor intraperitoneal blodutgjutning, resp. hematocele genom blödning från ett corpus luteum.

Ugeskrift for Læger, n:o 22—27. *E. Schmiegelow:* Om Oesophago-Tracheo- og Brouchoscopia. — *H. P. T. Ørum:* Om Sukkerbestemmelse i Urinen. — *Joh. Hassing:* Fra Kongressen for Forsikringsmedicin i Berlin 1906. — *J. Bondesen:* Aarsberetning fra den kgl. Vaccinations-Anstalt for Aaret 1906. — *Viggo Andresen:* Om Sterilisering af komplicerede Instrumenter. — *Læge Trautner:* Betragtninger over Colitis colica og dens Behandling.

Hospitalstidende, n:o 22—25. *V. Meisen Westergaard:* Om träumatiske Auenrismer. — *Jørgen Jensen:* Fractura teberositatis tibiæ. — *R. Kjer Petersen og H. Giese:* En Metode til Kontrollering af Lægetermometre. — *Vilh. Jensen:* Om Farvning med Kresylriolet særlig som Forfarvning til van Giesous. — *Oscar Horn:* Statistiske og kasuistiske Meddelser fra Øresundshospitalets Sektionsstue.

Tidskrift for den norske lægeforening, n:o 12—13. *O. Borchgrevink:* Et norsk operationsbord. — *Edv. Kaurin:* Beretning om Reknæs sanatorium for tuberkuløse for aaret 1906. — *Hopstock og Faye:* Nogle ord om Linné som læge.

Hygiea, n:o 6. *Erik Müller:* Carl von Linné. — *C. G. Santesson:* Till Linnés minne. — Ett blad ur de svenska promotionernas historia. — *Gustaf Ekehorn:* De anormala njurkärlen kunna hafva en afgörande betydelse för uppkomsten af hedronefros.

Medicinsk Revue, n:o 7. — *Kr. Igelsrud:* Aarsberetning for Tromsø amtssykehus 1906. — *R. Kloster:* Er Røntgenbehandlingen ved leukæmi uten fare? — *K. Grøn:* Nyere erfaringer om hudtuberkulose. — *H. G. Dethloff:* Cancerspørsmaalet.

Hvarjehanda notiser.

Nationalföreningens sanatoriestipendier komma att tilldelas tre yngre läkare för studier vid Hålahult, Hessleby och Österåsen under oktober och november. Ansökningar inlämnas före den 1 september till Nationalföreningens styrelse.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n: [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
En bat.-läk.-tj. v. Norra skånska inf.-reg.:tet[1])	14 aug.
Extra prov.-läk.-tj:n i Bjerke härads distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	14 aug.
Andre underläk.-tj.:n vid lasarettet i Gäfle[3]) (*ånyo* ledigförklarad, lönen 2,000 kr., se f. ö. Läk.-tidn. n:r 19—21)	15 aug.
Bitr. läk.-tj:n v. Nyköpings hospital[3]) (den nuvarande innehafvarens förordnande utgår 9 nästa okt.)	15 aug.
Extra prov.-läk.-tj:n i Västra Vrams distr. (ledigförklarad för tiden t. o. m. innev. års utgång; distr. omfattar V. Vrams, Ö. Vrams, Ö. Sönnarlöfs, Huaröds, Fräne, Djurröds och Esphults socknar af Kristianstads län med 7,933 inv. 1 jan. 06; läk.-station och apotek vid Tollarps järnvägsstat.; lön: 1,000 kr.; ansökan till distr.-styr:ns ordf. A. J. Lidén, Tollarp)	16 aug.
En bat.-läk.-tj. v. Gottlands inf.-reg:te[1])	17 aug.
Under.-läk.-tj:n v. las. i Jönköping[3]) (löneförmåner: 1,800 kr. jämte fri bostad samt kost eller 600 kr. i kostpenningar)	24 aug.
Extra prov.-läk.-tj:n och därmed förenade läkarbefattningen vid Tulseboda brunn (se annons i dagens n:r)	24 aug.
Porv.-läk.-tj:n i Nedre Fryksdalens distr.[1])	26 aug.

Extra prov.-läk.-tj:n i Kyrkhults distr. (ledigförklarad för tiden t. o. m. 1908; distr. omfattar Kyrkhults distr. af Blekinge län med station v. »Tulseboda brunn»; löneförmåner: 1,500 kr. + fri bostad; ansökan ställes till läkarstyrelsen, adr. Kyrkhult) 28 aug.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Delsbo[1]) (pensionsafgift 500 kr.) 12 aug.
Nya apoteket i Dannemora[1]) (pensionsafgift 400 kr.) 16 aug.
Apoteket i Tingsryd[1]) (pensionsafgift 200 kr.) 16 aug.
Apoteket Kronan i Uppsala[1]) (priv. uppskattadt till 100,000 kr.) 17 aug.

Af vederbörande myndighet antagen:

Till aman. v. Sabbatsbergs sjukhus med. afd.: lic. *F. E. Lindhagen.*

Sökande:

Till *öfverläk.-tj:n v. provisoriska sjukhuset i Stockholm:* med. d:r H. Ernberg, G. Forssner, A. Josefsson, I. Wickman, G. D. Wilkens, med. lic. H. Gahn, I. F:son Holmgren, S. Holmgren, A. Karlsson och J. E. Lagergren.
Till *stadsdistr.-läk.-tj:n inom Östermalms östra distrikt af Stockholm:* med. d:r I. Wickman, med. lic. A. Bellander, C. F. Ekman, H. Jurén, A. Karlsson och K. Mellner.
Till *föreståndarbefattn:n v. Stockholms stads hälsovårdsnämnds bakteriolog. laboratorium:* med. d:r G. Forssner, A. Pettersson, med. lic. A. Alfvén och G. Koræn.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Kand. *J. Brahme* t. f. stadsläk. i Laholm 2—9 aug. (t).
Kand. *B. Söderberg* t. f. las.-läk. v. Löwenströmska las. 1—31 aug. (t).
Lic. *O. Lundblad* t. f. las.-läk. i Vänersborg (v).
Bitr. prov.-läk. *I. Brandberg* t. f. 1:ste prov.-läk. i Södermanlands län och t. f. prov.-läk. i Nyköpings distr. 21 aug.—19 sept. (s).
Andre stadsläk. *K. E. Palmi* t. f. bitr. prov.-läk. i Nyköpings distr. 21 aug.—19 sept.
Underläk. *E. Petrén* t. f. öfverläk. v. med. afd. af Lunds las. 15 juli —31 aug.
Lic. *L. Paykull* t. f. aman. v. Allm. barnbördshuset i Stockholm.
Doc. *E. Bovin* t. f. bitr. barnmorskelärare i Stockholm 17 aug.—1 sept. (t).
Civ.-stip. *G. Hallgren* t. f. prov.-läk. i Alfta distr. 20 aug.—18 sept. (s.)
Civ.-stip. *C. Runborg* t. f. prov.-läk. i Svenljunga distr. 28 aug.—20 sept. (s).
Kand. *D. Liljeqvist* t. f. prov.-läk. i Hudiksvalls distr. 24 aug.—22 sept. (s).
Lic. *H. Wallengren* t. f. extra prov.-läk. i Teckomatorps distr. 2 aug. —30 sept. (t).
Civ.-stip. *C. Lindgren* t. f. bitr. prov.-läk. i Vänersborgs distr.
Civ.-stip. *T. Petersén* t. f. prov.-läk. i Visnums distr. 2 sept.—1 okt. (s).
Underläk. *W. Sundin* t. f. las.-läk. i Sundsvall 5 aug.—4 sept. (s).
Kand. *G. Lundin* t. f. las.-und.-läk. i Sundsvall 5 aug.—4 sept.
Bitr. prov.-läk. *A. J. Ekelund* extra läk. v. Smålands art.-reg:te 16—22 aug.
Lic. *G. Krikortz* t. f. extra prov.-läk. i Ytterlännäs distr. 4 sept.—3 nov. (t).
Kand. *O. Lundberg* t. f. stadsläk. i Kungsbacka 8—22 aug. (t).

Fall af difteri, skarlakansfeber och nervfeber under andra kvartalet af åren 1905—07.

	1905				1906				1907			
	April	Maj	Juni	1/4—30/6	April	Maj	Juni	1/4—30/6	April	Maj	Juni	1/4—30/6
Difteri												
städer	424	416	351	1,191	412	392	305	1,109	381	316	264	961
landsbygd	1,073	996	1,086	3,155	728	628	720	2,076	569	551	394	1,514
hela riket	1,497	1,412	1,437	**4,346**	1,140	1,020	1,025	**3,185**	950	867	658	**2,475**
Skarlakansfeber												
städer	408	398	318	1,124	262	288	227	777	161	119	92	372
landsbygd	884	740	534	2,158	494	447	412	1,353	330	240	247	817
hela riket	1,292	1,638	852	**3,282**	756	735	639	**2,130**	491	359	339	**1,189**
Nervfeber												
städer	48	38	108	194	21	39	59	119	36	42	46	124
landsbygd	67	71	70	208	64	56	84	204	125	52	76	253
hela riket	115	109	178	**402**	85	95	143	**323**	161	94	122	**377**

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 16 augusti 1907.

4:e årg.	Redaktion: Knut Kjellberg och Hjalmar Forssner.	N:o 33.

Innehåll: Magnus Möller: Om sexuell uppfostran. — Förslaget till ändring af läkaretaxan. — Civila läkarstipendiater. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser. — Redaktionsmeddelande.

Om sexuell uppfostran.

Af

Magnus Möller.

Frågan om ungdomens upplysning i sexuella ting har sina förfäktare och sina vedersakare. Motståndet och betänkligheterna ha sin grund däri, att detta ämne icke såsom andra undervisningsämnen har ett blott förståndsintresse, utan intimt sammanhänger med ömtåliga känslor och drifter; man fruktar att genom en ungdomens sexuella undervisning väcka i förtid — såsom man uttryckt det — »sinnlighetens slumrande vilddjur». Förfäktarna af en sexuell undervisning däremot anse, att den möjliga faran därvid alls ej är jämförlig med den säkra fara, som ligger i ovetenhet och oklarhet och att, om sinnligheten är ett vilddjur, så bör det i tid af varsamma och erfarna händer ledas och tämjas.

Om det vore möjligt, att ungdomen kunde hållas i fullkomlig ovetenhet om sexuella förhållanden ända tills dess egen könsliga mognad inträdt, så kunde möjligen ifrågasättas, huruvida man alls bör röra vid detta ömtåliga kapitel. Hvar och en vet emellertid af egen erfarenhet hur det går till härvidlag. Af kamrater, stundom af obildade eller moraliskt undermåliga vuxna, genom pornografiska böcker eller bilder, genom mystiska tillkännagifvanden i tidningar o. s. v. får den 12—14-årige gossen så småningom ett slags kunskap om hithörande ting, men en ensidig, grumlig och osund kunskap. Ty källorna hvarur

den hämtats äro orena liksom de äro hemliga och förbjudna Men allt hemlighetsfullt retar barnets nyfikenhet och blir lätt föremål för dess fantasiverksamhet och efterforskningsifver. Och eftersom ämnet ängsligt och förläget undvikes af föräldrar, lärare och alla, till hvilka barnet eljes brukar vända sig för att få upplysning, så tror det sig efterhand begripa, att här är det fråga om något fult, något skamligt och syndigt, som föräldrar och andra hafva att skämmas för. Det sexuella är därmed neddraget i smutsen och oanständigheten — men blir det därmed ock föremål för gossens blygsel, afsky, likgiltighet eller fruktan?

Kamrater sörja för att resultatet blir ett annat. Dåliga exempel, farliga vanor och läror smitta. Och efterhand upphör gossen i kamratkretsen att känna blygsel inför det sexuella, han stoltserar tvärtom med sin råhet och bestialitet. Redan kyrkofadern Augustinus yttrar ju i sina bekännelser: »jag blygdes bland mina kamrater öfver att vara mindre fördärfvad än de.»

De fattigas barn hafva till följd af den trångboddhet och likgiltighet, som nöden skapar, redan alltifrån den tidpunkt, då iakttagelsen börjat vakna, fått i hemmet bevittna umgänge mellan könen. De hafva mycket tidigt fått en förnimmelse af att det här är fråga om nöje, om njutning. Men de få aldrig höra ett allvarligt ord om kärlek i verklig och högre mening, om fortplantningens underbara och höga betydelse i naturen, om renhet i känslor och plikttrohet i handlingar, om ansvar och viljestyrka. Dessa barn, som dock sett och hört så mycket, äro i själfva verket lika okunniga i det sexuella som de rikas barn.

Det är väsentlig skillnad på osund kunskap och sund.

Men äfven bland förfäktarna af ungdomens sexuella upplysning själfva finnas vissa meningsskiljaktigheter. Några äro nämligen visserligen med om att upplysning må meddelas de unga, dock endast inom hemmet, af modern eller fadern, däremot alldeles icke i skolan, åtminstone icke i folkskolan.

Att tro på möjligheten af ett meddelande af sexuell upplysning på ett riktigt sätt i hemmen förutsätter mycken optimism. Den nuvarande föräldragenerationen har själf fått sina begrepp i sexuella frågor på ett alltför bakvändt sätt för att annat än i undantagsfall kunna med nödig sakkunskap, måttfullhet, naturlighet och takt upplysa sina barn på detta område. Åtminstone tillsvidare kan man ifråga om det sexuella icke räkna på hemmen såsom uppfostrare. Alltflere röster höjas därför för krafvet, att skolan må inträda kompletterande

och systematiskt undervisande i detta som på andra viktiga områden af ungdomens utbildning.

Det sexuellas betydelse i samhället förnekas af ingen. »Af det sätt, på hvilket man låter ungdomen inhämta sina begrepp om sexuallifvet beror ett folks framtid» (Isch-Wall). Samhället har lagar, som bestraffa en hel mängd handlingar af sexuellt ursprung. Men de känslor och begrepp, som ligga till grund för dylika handlingar, har samhället hittills undvikit att söka påverka. Om emellertid en förnuftigt ordnad sexuell uppfostran i tid komme de unga till del, borde detta i många fall kunna verka reglerande och förebyggande. I alla händelser hade staten gjort sin plikt. Och saken är af allt för stor betydelse för att staten skulle kunna öfverlämna denna sida af ungdomens uppfostran åt slumpen eller åt de enskilda föräldrarnas möjligen befintliga goda vilja och förmåga.

I flere länder står för närvarande frågan om ungdomens sexuella upplysning på dagordningen, framför allt i Frankrike och Tyskland. I »franska sällskapet för sanitär och moralisk profylax» var ungdomens sexuella undervisning under förra och början af detta år föremål för ingående och lifliga diskussioner. Meningarna voro isynnerhet i början mycket delade och många deltagare förblefvo ända till slutet tveksamma. Slutligen antogos följande resolutioner:

1. Franska sällskapet för sanitär och moralisk profylax, som är angeläget om att trygga den för så många faror utsatta ungdomens kroppsliga och andliga hälsa, har äran bedja herr ministern för den offentliga undervisningen, att i läroplanerna för elementarläroverken införa en gradvis skeende undervisning uti fortplantningens fenomen, utgående från växterna och efterhand utsträckande sig till djuren.

Denna undervisning bör ingå såsom ett led i kursen i naturlära. Men äfven lärarna i filosofi och morallära böra i sin undervisning upptaga till behandling känsloförhållandena mellan könen, kvinnans värdighet, mannens plikter mot henne och skillnaden mellan den vulgära och den äktenskapliga kärleken.

2. Det hela bör för lärjungarna i de högre klasserna fullständigas med föreläsningar öfver farorna af könsumgänge utom äktenskapet.

3. Liksom denna undervisning bör meddelas i de högre lärdomsskolorna (lycées, collèges, écoles supérieures), böra föreläsningar öfver samma ämnen äfven äga rum i folkundervisningsanstalterna, framförallt i kurser för vuxna, i folkbildningsföreningar, genom folkföreläsningar och i folkhögskolor.

4. För att påskynda statsmakternas fattande af beslut skall franska sällskapet för sanitär och moralisk profylax förmedels föredrag söka bearbeta folkmeningen och fästa allmänhetens uppmärksamhet på denna hittills fullständigt försummade fråga, som dock har den allra största sociala innebörd.

Resolutionen antogs emellertid med blott en rösts öfvervikt. Många afhöllo sig från att rösta.

Det är ej heller underligt, om de flesta skulle stå tveksamma inför fordringar affattade i så allmänna ordalag i en ny och mycket ömtålig fråga. Inom det franska sällskapet kunde nämligen åsikterna ännu knappast hafva hunnit vinna nödig stadga för att utgöra grundval för affattandet af ett bestämdt undervisningsprogram. Diskussionen hade mest rört sig om allmänna principer, man hade icke ingått i pröfning af problemets många hvar för sig så viktiga enskildheter. Frågorna när, huru och af hvem sexuell undervisning för olika grupper skolungdom, olika åldrar, gossar och flickor o. s. v. skall meddelas, berördes endast i allmänna ordalag. Inga på pedogogikens område särskildt sakkunniga synas hafva deltagit i frågans behandling.

Den anförda diskussionen har sannolikt ägt betydelse såsom ett kraftigt och väckande initiativ till sexualundervisningens främjande i Frankrike, men den innebar icke någon saklig och öfvertygande utredning af frågan.

— —

Långt bättre förberedd är samma fråga i Tyskland. Förtjänsten häraf tillkommer väsentligen »tyska sällskapet för könssjukdomarnas bekämpande». Stiftadt af tre dermato-syfilidologer, *Neisser, Lesser* och *Blaschko*, 1902 har detta sällskap allt ifrån sin början haft den möjligast breda anläggning och syftat till att för gemensamt arbete samla alla för sexualspörsmålet intresserade män och kvinnor. Detta har ock lyckats genom ett fördomsfritt, målmedvetet och ihärdigt förarbete. I sällskapets båda tidskrifter (»Mitteillungen» och »Zeitschrift») hafva alla skiftande meningar opartiskt fått komma till uttryck och bryta sig mot hvarandra. På möten och kongresser har ett personligt sammanträffande mellan vänner och motståndare kunnat äga rum, hvarigenom månget missförstånd kunnat undanröjas och ett förstående af olika uppfattningar möjliggöras. Genom bildande af dotterföreningar har efter hand i flertalet tyska städer uppstått ortsgrupper, hvilka hvar och en inom sitt område verkat för upplysningens spridande, sexualmoralens höjande, könssjukdomarnas bekämpande.

Upplysningsarbetet har ingalunda stannat vid teoretiska förslag och mötesuttalanden. Man har tagit praktiskt itu med ungdomens upplysning på olika sätt, i skrift och muntliga föredrag. Sedan omkring fem år erhålla de unga studenterna vid sin inskrifning vid universitetet ett af en hel del universi-

tetsprofessorer undertecknadt flygblad med upplysning om och varning för könssjukdomarna. Andra af »tyska sällskapet för könssjukdomarnas bekämpande» utgifna flygblad, ett för män, ett för kvinnor, ett för föräldrar, hafva genom sjukkassornas bemedling, äfvensom vid diskussionsmöten o. s. v., i flere miljoner exemplar spridts bland befolkningens alla lager. På kultusministerns förordnande hållas numera sexualhygieniska föreläsningar för studenter af alla fakulteter; vissa studentföreningar föranstalta själfva föredragsaftnar öfver detta ämne. Sedan 1904 har på enskildt initiativ s. k. abiturientföredrag hållits i ett flertal skolor strax före den muntliga afgångsexamen. Vid en del af dessa abiturientföredrag voro ynglingarnas föräldrar närvarande, vid andra icke. Äfven enbart föräldraaftnar med föredrag och diskussioner hafva anordnats. I ett Berlinläroverk gjordes under 1906 försök att äfven åt ungdomen i gymnasiets två högre klasser meddela sexuell undervisning genom en läkare (d:r *Fürstenheim)*. Man valde därvid formen af en kurs i hälsovårdslära. Inom ramen af tio allmänt biologisk-hygieniska föreläsningar infogades en, som hade till föremål sexualfrågan, hvilken dymedels kunde mera otvunget och naturligt afhandlas. I anslutning till en kort anatomisk-fysiologisk inledning omnämndes de faror, som ett missbruk och ett förtidigt bruk af organen medför. Vidare redogjordes för de smittosamma könssjukdomarna och dessas följder, framför allt vid försummad och oriktig behandling. Detta undervisningsförsök utföll till föräldrars och lärares fulla belåtenhet, lärjungarnas hållning var värdig och allvarlig och de uttalade sin djupa tacksamhet för hvad de fått veta. Liknande kurser komma därför att för framtiden upprepas.

Det var sålunda efter grundliga förstudier och praktiska förberedelser, som ämnet sexuell pedagogik ensamt gjordes till föremål för en kongress i Mannheim i maj detta år. De inledande föredragen hade anförtrotts åt lärare, läkare eller andra, som genom författar- eller praktisk verksamhet inom undervisningens område hunnit sätta sig väl in i frågan. Den stora församlingssalen i »Rosengarten» var till sista plats fylld af män och kvinnor från alla delar af tyska riket. Af icke tyska länder hade, utom Sverige, äfven Danmark och Ungern sändt representanter. Badens undervisningsminister, staden Mannheims öfverborgmästare och dess riksdagsman, äfvensom representanter för flertalet tyska förbundsstater deltogo i förhandlingarna, hvilka leddes af »tyska sällskapets för könssjukdomarnas bekämpande» generalsekreterare, d:r *Blaschko*. Sär-

skildt den preussiske regeringsrepresentanten deltog flitigt i diskussionen, upplysande, sammanfattande, en och annan gång medlande. Han meddelade att kultusministern med allra största intresse följde den sexuella upplysningsrörelsen, men afvaktade ett fast formuleradt program, innan praktiska reformer kunde ifrågakomma.

Anmärkningsvärda voro det intresse och den sakkunskap, den retoriska öfning och skicklighet, med hvilka kvinnorna deltogo i förhandlingarna. Bland kongressens många utmärkta föredrag var fru *Krukenbergs* (moderns och hemmets uppgift) ett af dem, som otvifvelaktigt gjorde det djupaste intrycket. Med beundransvärd klarhet och saklighet, enkelt, naturligt och vackert skilde hon sig från sin uppgift. Regeringsrepresentanten för Preussen gaf ett uttryck för mångas mening, då han framhöll, hurusom genom vår allvarliga sträfvan att lösa sexualproblemet känslan och det estetiska sinnet fördjupas, det språkliga uttrycket riktas och förfinas: »ett sådant föredrag som fru Krukenbergs hade för tjugo år sedan varit en omöjlighet».

Diskussionen var lugn och saklig. Blott en gång, när prostitutionen och dess reglementering kom på tal, höllo sinnena på att komma i jäsning. Likaså vid ett par andra tillfällen, då religiösa och konfessionella moment indrogos i debatten. När sålunda en talare *(Foerster)*, i ett för öfrigt utomordentligt vältaligt anförande, ville gentemot den moderna »naturalistiska upplysningsriktningen» häfda religionens betydelse såsom uppfostringsmedel, fick han omedelbart det svaret (fru *Fürth)*, att sedan nu kyrkan i snart 2,000 år haft skolan ensam i sin hand och med ett resultat som vi alla känna, så vore det på tiden att försöka andra vägar. När en katolsk lärarinna uttalade sig emot att inför klassen afhandla så ömtåliga ämnen som de sexuella och förordade ett mera individualiserande tillvägagångssätt, hördes utrop sådana som: »detta är medeltid!» »hon vill ha in bikten äfven i skolan!» o. s. v.

Om vissa grundprinciper och förslag var man emellertid, såsom redan antydts, i hufvudsak ense:

1. Det ideala vore, om hemmet kunde meddela den grundläggande sexuella upplysningen, om alltså alla föräldrar vore i stånd att lugnt, sanningsenligt, sakkunnigt och i en barnets ålder och utveckling motsvarande form besvara alla dess frågor angående lifvets och människans tillkomst.

2. Målet måste bli att af den uppväxande generationen utbilda sådana fäder och mödrar.

3. Under nuvarande förhållanden kan emellertid hemmet blott undantagsvis på ett ändamålsenligt sätt upplysa barnet om sexuella ting. Skolan får därför åtaga sig uppgiften.

4. Men ännu saknas lärare, som äga nödiga insikter och speciell skolning för att kunna med behörig auktoritet och takt vägleda de unga på detta ömtåliga område. Sexuell pedagogik måste därför ingå såsom ett led i den pedagogiska undervisningen i lärare- och lärarinneseminarierna.

5. Den nuvarande generationen föräldrar och lärare böra undervisas genom muntliga föredrag (föräldraaftnar, lärarkurser) och tryckta skrifter.

6. I skolan anknyter sig meddelandet af det nödiga sexuella vetandet mest otvunget och naturligt till undervisningen i naturvetenskap, hvarvid läraren med tillhjälp af planscher och preparat kan, allt efter barnens utveckling mer eller mindre i detalj, förklara könslifvets elementära fenomen, såsom växternas och djurens befruktning, fröets och fostrets utveckling, det senares födande, ungarnas uppfödande o. s. v. På frågorna om själfva könsakten, om könslifvets förvillelser äfvensom om könssjukdomarna bör i folkskolan ej ingås, åtminstone ej i gosskolorna.

7. I de högre läroverkens högre klasser, äfvensom i fortbildningsskolor, bör däremot i sammanhang med en föreläsningskurs i hälsolära, som helst gifves af en läkare, icke blott meddelas en allmän anatomisk-fysiologisk undervisning om könslifvet, utan äfven hänvisas på vikten af könslig afhållsamhet och renlighet samt på könssjukdomarnas uppkomstsätt, förlopp och läkningsbetingelser.

8. Benägenhet för sedliga förvillelser kunna minskas och neutraliseras genom förbättrad kroppslig hygien (mera plats för friluftsöfningar, slöjd i folkskolan) och framförallt genom viljans och karaktärens öfvande och odling (inpräglande af känsla af ansvar, aktning för kvinnan, för moderskapet, vädjan till det »heroiska» i gossesinnelaget, afledning genom härdande öfningar, sociala och konstintressen m. m.).

Hemmet såsom sexuell uppfostrarinna, det är målet, till hvilket vi måste komma. Modern har barnet längst i sin hand och detta just under de första lefnadsåren, hvilka äro de för uppfostran betydelsefullaste. Hon bildar de grundläggande föreställningarna hos barnet. Lägger hon en god, på sanningen fotad grund, så är det lätt att senare därpå bygga vidare. Ungdomen bör nämligen få veta sanningen från första barnaåren. Det är oriktigt att först inplanta sagor och falska föreställningar och låta dessa gro fast. Därigenom riskerar man, att barnet från annat håll får veta, att moderns upplysningar

voro osanna, det blir kanske utskrattadt af kamraterna och blir då förstämdt och misstroget gentemot moderns berättelser. Emedan det förlorat något af sin naivitet, undviker barnet hädanefter att komma med frågor öfver sexuella ting. Eller om det ännu frågar, så passar det noga på hvarje litet dröjande med svaret, hvarje litet försök till undvikande och, om det märker något sådant, styrkes det i sin förnimmelse af att det här måste gälla något hemlighetsfullt, något otillåtet eller fult. Förtroendeförhållandet mellan moder och barn är rubbadt. Den naiva, rena känslan inför enhvar naturlig händelse har grumlats. Vördnaden för fortplantningens under, äfvensom den naivt rena glädje barnet borde känna öfver att en gång hafva varit på ett så underbart sätt förenad med modern tages på ett oskickligt sätt ifrån detsamma. Det är emellertid endast den grupp af sexuella föreställningar, som berör frågan om barnets tillkomst, som det till en början gäller. Umgänget mellan könen bör man ännu på länge icke komma in på.

Alltför radikalt behöfver man för öfrigt icke gå tillväga. Man kan mycket väl tala om storken eller om ängeln, som kommer med de små barnen, *men alltid som om en saga.* Man skall tydligt skilja mellan sagoberättelsen och verkligheten, som ju egentligen är långt mera sagoartad och fängslande än historien om storken. I anknytning till tillfälliga iakttagelser inom växt- eller djurriket kan man helt omärkligt låta barnet draga slutsatser angående människan. Liksom sädeskornet i jorden slumrar människofröet i moderns sköte och växer och utbildar sig därinom, tills det är nog utveckladt för att komma i dagsljuset. Ju naturligare man talar om detta och annat liknande, desto mindre skall barnet grubbla och forska. »Att utgöra ett litet stycke af modern» är för barnet en helt angenäm tanke. Att det icke är en småsak att inom sig skydda ett barn, ända tills det är fullständigt lifsdugligt, att modern före och under födandet har smärtor och lidanden, att hon är utsatt för öfveransträngning och sjukdomsfara, allt detta fattar hvarje barn utan många ord. Och där det gäller sjukdomsfara, där skämtar och skrattar man ej. Mycket är vunnet, om barnet — och här gäller det äfven barn i skolåldern — erfar en skonande medkänsla med hvarje moder, människa eller djur vid ett barns födelse. Att höra att det är något skönt att gifva ett barn lifvet gläder ett barn. Om till följd af sådana intryck hos flickor *och gossar* en önskan väckes till lif att själf en gång äga barn, möjligast vackra och sunda barn, så kan detta, ej minst för gossar, framdeles hafva en bevarande och lyckobringande kraft.

Alltså, absolut sanna måste vi vara gentemot barnet, så

att det ej såsom nu kommer på den fula tanken, att de vuxna hafva dåligt samvete, genera sig att tala om huru och hvarifrån barnen komma. Endast sålunda kunna vi, utan risk att skada, senare lära dem att akta på varningar, hvilkas egentliga innebörd de ännu ej behöfva fullt förstå.

Man bör nämligen äfvenledes *tidigt* varna för hemliga laster, men äfven detta mera tillfälligtvis, när tillfälle bjuder sig, utan att på något särskildt sätt ändra ton eller min, och utan att använda uttryck sådana som synd, oanständighet eller liknande. Ett alltför utförligt varnande skulle nämligen lätt kunna störa barnets naivitet och reta dess nyfikenhet. Om man lägger alltför stor tonvikt på den sexuella upplysningen, så märker nämligen barnet, hvilken betydelse detta område har *för oss*, hvilket vore ett svårt uppfostringsfel. Könslifvet är blott *en* del bland många. Att i ifvern sätta könslifvet och upplysningar därom i medelpunkten af våra uppfostringsomsorger vore att skadligt ingripa i den sunda normala utvecklingen. Ehuru man icke får gå ur vägen för barnets frågor, äro alla långrandiga förklaringar ändamålsvidriga. Ett alltför envist frågande förebygges genom ett omärkligt glidande öfver till annat samtalsämne. Stegvis, vid sig bjudande tillfällen, meddelas en upplysning nu, en annan då, alldeles som vid annan uppfostran i hemmet.

Det ligger fara uti att för tidigt och för omständligt genom tal eller skrift röra vid frågorna om könslifvets förirringar, om könssjukdomarna, om prostitutionen. Under gossens utvecklingsålder hänvisar man vid något lämpligt tillfälle på, att hans kropp nu håller på att utbilda de krafter och de organ, medels hvilka han en gång själf skall komma att få afkomma, man upprepar varningen för dessa organs missbruk och låter honom förstå att, om det skulle vara något som oroar honom, må han öppet tala därom med föräldrar eller lärare. Att i hemlighet och med hvem som helst tala om dessa allvarliga ting vore ett tecken på ett orent s nnelag.

En tid kommer dock, om ej förr så när sonen lämnar hemmet, då han måste direkt varnas för de nyss antydda sexuella farorna. En och annan är tillgänglig för etiskt-religiösa intryck. En och annan kan hållas tillbaka genom vämjelse för det låga och gemena. Återhållsamhet från alkohol är en utomordentlig hjälp. En riktig upplysning, eventuellt genom en lämplig skrift, ett »flygblad», om farorna för hälsa och framtid, samt ett hänvändande af tanken på en kommande hustru och blifvande barn är väl det starkaste skyddet. Detta under förutsättning att ynglingen i hemmet haft sådana exempel för ögonen, som hos honom närt sträfvan att nå en lik-

nande sammanlefnadens lycka. Här såsom alltid verkar handling ojämförligt mera än ord.

Unga *flickor*, som stanna i föräldrahemmet eller anförtros i säkra händer, behöfva inga detaljmeddelanden om könssjukdomar, prostitution o. d. Har man alltifrån första barndomen på ett naturligt och öppet sätt talat om människans tillblifvelse, så är det nog att vid inträdande menstruation förklara denna såsom ett naturens sinnrika tillvägagångssätt för att ur kroppen afskilja ämnen, hvilkas egentliga betydelse står i samband med danandet af ett nytt lefnadsväsen. Sundhet och renhet äro af största vikt ej blott med hänsyn till möjligen blifvande äktenskap och barn, utan äfven för individens egen skull. Penning- och försörjningsäktenskap är en synd mot naturen, en förnedring för lifvet. Den kvinnliga ungdomen bör ock få veta, att ett otuktigt lif från mannens sida före äktenskapet är en orsak till många hustrurs och barns sjuklighet.

Vägen till en för vårt folk hälsosam utveckling går *icke* i riktning af fria, växlande könsförbindelser. Sådana hafva, äfven om man bör mildt bedöma det enskilda fallet, ännu icke medfört lycka åt något folk. Endast genom ödad viljekraft och ansvarskänsla hos de uppväxande männen och kvinnorna går vägen till ett folks fortbestånd och allt högre utveckling.

(Forts.)

Förslaget till ändring af läkaretaxan.

Sedan med.-styr. i det stora hela biträdt det af styrelsen för Allmänna svenska läkareföreningen framlagda taxeförslaget, torde måhända utsikterna något ljusnat beträffande våra förhoppningar om en skäligare ersättning för vårt arbete.

Det är egentligen endast i *en* punkt de två förslagen skilja sig: § 7, mom. 2. Differensen, som vid ett första påseende möjligen kan synas mindre betydlig, innebär dock i praktiken ett beaktansvärdt moment.

För min del tror jag, att intet af de båda förslagen i denna punkt är lyckligt. Läkareföreningens styrelse har visserligen för att söka afhjälpa en orättvisa i nu gällande arvodesberäkning efter tid förordat ett tilläggsarvode af 3 kronor för hvarje nytt sjukbesök utöfver det arvode, som enl. tidsberäkning bör utgå, motiverande detta tilläggsarvode därmed, »att ett större arbete kräfver större ersättning» och »att genom

fördelning af arvodets utgörande på flere händer lika fullt lättnad i utgifterna beredes de betalningsskyldiga».

Det sålunda föreslagna extra arvodet hade visserligen i viss mån utjämnat den underskattning af vårt arbete, som faktiskt i många fall inträffar vid tillämpning af omordade par., tyvärr synes emellertid ett dylikt tilläggsarvode i princip strida mot taxans öfriga anda. Sedan med.-styr:n i sitt förslag uteslutit detsamma, torde ock i verkligheten föga utsikt förefinnas för dess realiserande.

Med.-styr:ns formulering af § 7, mom. 2 skulle emellertid i sin tillämpning komma att medföra högst väsentliga oegentligheter till vår nackdel, hvilka genom en mindre omredigering af densamma säkerligen kunna i afsevärd grad afhjälpas. Den af med.-styr:n anförda motiveringen: »att, då läkaren skulle äga att i dylika fall till beräkningsgrund för kostnaden lägga bestämmelsen om 2—3 kr. för hvarje börjad timme äfvensom tillgodoräkna sig ersättning för tiden för sitt besök hos den sjuke, tillräcklig anledning icke synes förefinnas till ytterligare ersättning af den betalningsskyldige», innebär i själfva verket en i många fall svår orättvisa mot arvodestagaren.

I tillämpningen ställer det sig nämligen så, att arvodet enl. denna par. i många fall komme att högst betydligt understiga det som skäligt ansedda arvode, som skulle hafva utgjorts, om vid samma sjukbesök arvodet beräknats efter afstånd, hvilket med exempel här nedan skall visas. Orättvisan häri, i sig själf så klar, belyses ytterligare genom den motivering, som den s. k. Provinsialläkarekommittén vidfogat sitt förslag till nu gällande taxa: »Kommitterade hafva vid användande af denna beräkningsgrund (efter tid) sökt fastställa ett sådant arvode åt läkaren för hvarje under färden börjad timme, att någon väsentlig skillnad i arvodet för ett sjukbesök på ett visst gifvet afstånd från läkarens station icke skulle uppkomma, vare sig resan företages med skjuts och arvodet således beräknas efter väglängden, eller färden sker medelst annat fortskaffningsmedel, helt och hållet eller delvis, och arfvodet således bestämmes efter den tid, som därför åtgått.»

Belysande exempel: Antag, att jag efter ett sjukbesök enl. tidsberäkning på ett afstånd af 2 $^1/_2$ kilometer från min bostad kallas till, låt oss säga 3 olika i närheten belägna hushåll; låt vidare af de 2 $^1/_2$ km. 2 km. kunna tillryggaläggas med skjuts; samtliga 4 sjukbesök böra då godt kunna fullgöras nom förloppet af 3 timmar. *För* alla *dessa 4 besök tillsam-*

mans skulle, då arvodet enl. § 7, mom. 2 utgå med *kr. 6* (eller högst kr. 9).

Anser man bestämmelsen kunna så tolkas, att för hvarje besök lägsta afgift måste utgå såsom för *full* timme, hvilket emellertid synes mycket tvifvelaktigt (»skolande arvodet mellan de betalningsskyldige fördelas efter den tid, som åtgått för färden till och från hvarje särskildt sjukbesök»), kan enl. med.-styr:ns förslag arvodet ändock begränsas till 4 × 2 kr. eller *8 kr.* (högst 12 kr.)

Arvodet för samma 4 sjukbesök hade med tillämpning af *väglängdsberäkning* skolat utgå med 5 + 3 + 3 + 3 eller tillhopa *14 kr.*

Med lätthet kan man uppkonstruera reseturer, som skola utvisa en vida betydligare differens i arvodesbeloppet efter ena eller andra sättet för dess utgörande.

Då arvodet enl. föreslagna taxa vid väglängdsberäkning icke kan anses oskäligt högt, synes fog förefinnas för att detsamma enligt annan beräkning icke må understiga det så fastställda, hvilket mål i föreliggande fall synes mig böra kunna ernås genom följande formulering af

§ 7, mom 2. Skall — — — — — — — — — — — — — — — hvarje särskildt sjukbesök, *för hvilket emellertid arvodet i intet fall må understiga det arvode, som vid beräkning enl. denna par. mom. 1 bort utgå,* och svare — — — — — — — — — beläper.

Sedan årets riksdagsbehandling af pensionsfrågan gifvit oss en dyrköpt maning att bättre än hittills söka bevaka våra intressen, samt då den af mig föreslagna formuleringen icke borde möta motstånd hos med.-styr:n, och då den samma tillika synes afhjälpa ett verkligt missförhållande, vågar jag härmed hos styrelsen för Allmänna svenska läkareföreningen vördsamt hemställa om dess medverkan till ifrågavarande paragrafs omformulering i antydd riktning.

Årjeng den 28 juli 1907.

E. O. Nordenadler.

Civila läkarstipendiater.

Såsom svar på en förfrågan meddelas, att af de tio civila läkarstipendiatbefattningarna äro för närvarande nio besatta. Ansökningstiden för den lediga befattningen utgick den 5 dennes (*en* sökande).

Stipendiater äro lic:rna C. E. Runborg, E. Lange, F. J. Jacobsson, C. A. Lindgren, K. Y. Sterner, T. Hj. Petersén, Hj. V. Areschong och P. G. Olsson samt kand. Gunnar Hallgren.

Genom beslut af den 14 sistlidne juni har Kungl. Maj:t på Medicinalstyrelsens hemställan förordnat, att *extra läkare*, som af Medicinalstyrelsen förordnas att biträda inom den civila sjukvården skall — utom reseersättning såsom hittills — åtnjuta *dagtraktamente* af *tio* kronor vid tjänstgöring under farsot (där ej högre arvode är medgifvet såsom vid smittkoppor, kolera och rödsot) och af *åtta* kronor vid annan biträdande tjänstgöring eller såsom vikarierande provinsialläkare. Det åligger emellertid Medicinalstyrelsen att vid dylika förordnanden för längre tid söka mot lägre dagaflöning anskaffa extra läkare.

Hvarjehanda notiser.

Jubileumsfondens sanatorier. Vid början af innev. aug. månad var antalet patienter, som väntade på ledig plats vid sanatorierna, följande:

	Män			Kvinnor		
	Hålahult	Österåsen	Hessleby	Hålahult	Österåsen	Hessleby
Plats i helenskildt rum à 3,50 pr dygn	2	2	2	1	1	5
» i halfenskildt » » 2,50 » »	6	7	16	8	6	27
» i allmänt » » 1,25 » »	78	51	52	46	40	47
» i » » » 0,50 » »	60	57	67	49	17	44

Tuberkuloskommitténs betänkande, hvilket innefattar synnerligen intressanta utredningar af tuberkulosens förekomst inom landet, och som utmynnar i ett väl genomtänkt förslag till ett definitivt ordnande af tuberkulosvården, skall inom kort utförligt refereras i Läkartidningen. Medicinalstyrelsen, hvilkens utlåtande öfver kommitténs förslag af K. Maj:t infordrats, har emellertid remitterat betänkandet till samtliga länsstyrelser med anmodan att inhämta yttranden från landsting och lasarettsdirektioner och därefter före den 1 november inkomma med egna utlåtanden. För att befordra förslagets gynnsamma upptagande inom dessa korporationer har Nationalföreningen mot tuberkulos utdelat betänkandet till åtskilliga lasaretts-, provinsial- och stadsläkare och till andra inflytelserika personer inom länen, hvarjämte styrelsen för Allmänna svenska läkarföreningen riktat en uppmaning till ordförandena inom lokalföreningarna att intressera sig själfva och eventuellt sina respektive föreningar för saken. Frågan är onekligen af den vikt för hela vår hälso- och sjukvård, att en kraftig påtryckning från läkarkårens sida kan anses på sin plats, innan riksdagen går till ett afgörande.

Nordvästra Skånes läkarförening hade ordinarie möte i Båstad lördagen den 13 juli.

I anslutning till ett föredrag af doktor N. Sjöberg vid föreningens sammanträde den 8 sistl. juni: »om specialister och allmänna prakticis och med anledning af en uppsats i Allmänna Svenska Läkartidningen n:r 13 af d:r Olof Kinberg: »Om fängelseläkarnes rättspsykiatriska sakkunskap» beslöt föreningen enhälligt att göra följande uttalandet

Nordvästra Skånes läkarförening finner det vara att beklaga, att en, låt vara på sitt område kunnig och framstående specialist, ansett sig befogad att ifrågasätta eller rent af underkänna en hel grupp af tjänsteläkares insikter och kompetens för deras ämbetsgärning. Det kan omöjligt lända till läkarkårens anseende och båtnad, om en medikus, som tror sig sitta inne med en något vidare detaljkunskap än genomsnittsläkaren, utan vidare finner sig böra offentligen utdöma och misstänkliggöra andra kolleger, som tilläfventyrs äga mindre specialstudier än han i en gifven bransch. Skall en obstetriker t. ex. äga rätt att utdöma hela provinsialläkarkåren därför, att en eller annan provinsialläkare gjort en obstetrisk operation på klena eller oriktiga indikationer, eller en gynekolog att ifrågasätta hospitalsläkarnes kompetens på grund af någon icke uppmärksammad uterinåkomma hos en hospitalspatient? — Vi vilja på det bestämdaste protestera mot en sådan uppfattning. — Herr Kinbergs uppsats har väckt ett obehagligt uppseende i vida kretsar ej minst för det använda skrifsättet. Det är ej kamraten, som talar; det är den självmedvetne stormannen. som ej *vill* fälla »ett ofördelaktigt omdöme om fängelseläkarnes förståndsförmögenheter i allmänhet» (!) utan endast demonstrera »bristande psykiatriska insikter hos vederbörande». Den självsäkra tonen och den nedlåtande, halft medlidsamma kritik öfver åtskilliga kollegers tjänsteskrifvelser, som genomgår den i sig själf ej alltför mogna uppsatsen, torde sakna motstycke inom vår inhemska medicinska litteratur, och Nordvästra Skånes läkarförening hoppas att så länge måtte förblifva.

Doktor *A. Christer-Nilsson* samt ingeniör *Ludvig Nobel* höllo föredrag om Vattenlednings- och kloakförhållanden i Båstad.

Svar till Nordvästra Skånes läkarförening. Min uppsats »Om fängelseläkarnas rättspsykiatriska sakkunskap» hade till syfte att visa, att status quo i fråga om fängelseläkarinstitutionen är ohållbar. Det är absurdt och upprörande, att i tillräknelighetsfrågor enskildas väl och ve och samhällets säkerhet i stor utsträckning lagts i händerna på ämbetsmän, hvilka icke åtnjutit någon rättspsykiatrisk utbildning, och för hvilkas kompetens för sin speciella uppgift staten sålunda icke skaffat sig någon garanti.

I detta syfte påvisade jag, att fängelseläkarnas rättspsykiatriska prestationer också i en mängd fall icke uppfylla de fordringar, man nu för tiden har rätt att uppställa. Härvid har jag användt den metoden, att jag bland det synnerligen rikhaltiga materialet utvalt och offentliggjort vissa utlåtanden, som synts mig typiska och representativa för de viktigaste och oftast förekommande felen och bristerna. Dessa äro: 1) oförmåga att hos expl. upptäcka symtomen på sinnessjukdom event. psykisk undermålighet (utlåtandet n:o 4); 2) oförmåga att genom en psykologisk-psykiatrisk analys riktigt bedöma de iakttagna symtomen (n:o 1); 3) oförmåga att äfven i sådana fall, där expl:s symtom såväl iakttagits som i hufvudsak riktigt tolkats, däraf draga en riktig rättspsykiatrisk slutsats, något som är beroende på en föråldrad och oriktig uppfattning af de allmänna straffrättsliga problemen (N:o 2 och 3).[1]

[1] *Anm.* Måhända får jag längre fram tillfälle att i denna tidskrift redogöra för de väsentliga skiljaktigheterna mellan den klassiska och den moderna straffrättsåskådningen.

Just den omständigheten, att de af mig publicerade utlåtandena icke äro enstaka undantagsfall, utan att tvärtom de af mig framhållna bristerna förekomma hos en afsevärd del af samtliga i vårt land afgifna fängelseläkareutlåtanden, och att det sålunda här är fråga om en socialt synnerligen viktig sak, har för mig varit det väsentliga motivet för publicerandet af min uppsats. Däremot har jag icke tillåtit mig att gifva mitt omdöme en sådan utsträckning, att det skulle omfatta alla fängelseläkares utlåtanden. Denna generalisation af mitt omdöme, som Nordvästra Skånes läkarförening (N. S. L.) förebrått mig, har icke jag utan läkarföreningen själf gjort.

Min kritik af de offentliggjorda utlåtandena har varit alltigenom *saklig*, om också ett och annat omdöme kunnat vara något mildare till formen. N. S. L. har ej heller med ett ord ifrågasatt riktigheten af min kritik. I stället har läkarföreningen, med kringgående af den viktiga *sakfrågan*, tillåtit sig att utan vidare bestrida mig rättigheten att öfverhufvudtaget i en fråga som denna utöfva saklig kritik i facktidskrift. Därmed är emellertid sakfrågan icke bragt ur världen.

Beträffande formen för min uppsats har föreningen lagt mig till last, att jag skulle ha uppträdt som »den självfmedvetne stormannen», och motiverat denna förebråelse därmed, att jag skulle ha sagt mig icke *vilja* fälla ett ofördelaktigt omdöme om fängelseläkarnes förståndsförmögenheter i allmänhet. Detta är oriktigt citeradt! Jag har aldrig yttrat, att jag *icke vill* fälla ett sådant omdöme, utan endast förklarat, att något sådant aldrig varit min afsikt, därmed tillbakavisande den oriktiga slutsats, som »t. f. fängelseläkare» i sin insändare (Allm. Sv. läkartidningen, N:o 12) dragit af ett i min reseberättelse (Hygiæa okt. 1906) fälldt yttrande. Ett sådant missförstånd af denna af mig tillbakavisade, oriktiga tolkning af mitt tidigare yttrande, skulle N. S. L. näppeligen ha kunnat göra sig skyldig till, om föreningen haft tillräcklig kännedom om handlingarna i denna sak. Att, såsom N. S. L. här gjort, tillåta sig att, med totalt förbiseende af frågans verkliga innebörd och utan att förut ha tagit noggrann kännedom om allt, hvad saken rör, utfärda en formlig bannbulla mot en enskild person, detta vågar jag beteckna såsom någonting oerhördt, hvilket jag hoppas måtte förbli enastående i svenska läkarkårens annaler.

N. S. L. nöjer sig emellertid icke härmed! Den generar sig icke för att hos mig förutsätta moraliskt tarfliga motiv, då den likställer mitt handlande i denna fråga — *saklig kritik i facktidskrift* — med ett »offentligt utdömande och misstänkliggörande» af kolleger.

Vidare förklarar föreningen min uppsats »ej alltför mogen» — utan spår till motivering. Hur tror N. S. L., att de i föreningens uttalande anförda analogierna (obstetrikern contra provinsialläkarna, gynekologen contra hospitalsläkarna) komma att bedömas? Jag fruktar, att man kommer att finna omdömet »omogna» alltför mildt för att vara fullt träffande.

I förbigående vill jag här nämna, att i Norge, där inga känsloskäl stå i vägen för ett nyktert bedömande af min uppsats, nyligen i tidskriften Medicinsk Revue (juni 1907) publicerats ett utförligt referat af min uppsats af d:r K. Andresen, hvilken däri uttalade som sin mening, att mina förslag beträffande fängelseläkarnas verksamhet förtjänade att öfvervägas »äfven» i Norge.

Till sist vill jag på det bestämdaste tillbakavisa N. S. L:s försök att genom en kollektiv munkorgsresolution, sådan som föreningens uttalande faktiskt är, undertrycka yttrandefriheten och dymedelst förhindra en kritik, som hvarken korporationer eller enskilda utan egen skada i längden kunna undvara.

Olof Kinberg.

— — — —

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes; [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
En bat.-läk.-tj. v. Gottlands inf.-reg:te[1])	17 aug.
Under.-läk.-tj:n v. las. i Jönköping[3]) (löneförmåner: 1,800 kr. jämte fri bostad samt kost eller 600 kr. i kostpenningar)	24 aug.
Extra prov.-läk.-tj:n och därmed förenade läkarbefattningen vid Tulseboda brunn (se annons i dagens n:r)	24 aug.
Porv.-läk.-tj:n i Nedre Fryksdalens distr.[1])	26 aug.
Extra prov.-läk.-tj:n i Kyrkhults distr. (ledigförklarad för tiden t. o. m. 1908; distr. omfattar Kyrkhults distr. af Blekinge län med station v. »Tulseboda brunn»; löneförmåner: 1,500 kr. + fri bostad; ansökan ställes till läkarstyrelsen, adr. Kyrkhult)	28 aug.
En marinläk.-tj. af 1:sta graden vid marinläkarkåren (ansökan ställd till Konungen ingifves till marinöfverläkaren, marinförvaltningen)	6 sept.

Af Kungl. Maj:t utnämnda och transporterade:

Till prov.-läk. i Jämshögs distr.: prov.-läk. i Åsele distr. *E. S. Nylander.*

Till prov.-läk. i Heby distr.: extra prov.-läk. i Tjörns distr. *J. E. v. Wachenfeldt.*

Till prov.-läk. i Eskilstuna distr.: prov.-läk. i Norrtälje distr.: *A. F. Robbert.*

Till läkare vid länslasarettet i Wisby: läkaren vid länslasarettet i Luleå *E. Salén.*

Till fältläkarstip. i reserven: kand. *A. D. Hägg.*

Till fältläkarstip. i reserven: kand. *O. P. Ranström.*

Apoteksprivilegier tilldelade:

Exam. apotekaren *G. Th. Kjellin* å apoteket i Säter.

Exam. apotekaren *C. H. Svensson* å nya apoteket i Ryd.

Af Med.-styr.:n utnämnda och förordnade:

Till underläkare v. Vänersborgs hospital: lic. *B. Högrell.*

Sökande:

Till *stadsläk.-tj. i Strömstad:* Extra prov.-läk. G. Brand.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Kand. *L. Widner* t. f. extra prov.-läk. i Kils distr. 29 aug.—30 sept. (t).

Und.-läk. *C. Ekecrantz* t. f. bitr. hosp.-läk. i Uppsala 1—31 aug. (s).

Stadsläk. *E. Börjeson* t. f. prov.-läk. i Trosa distr. 2—31 aug. (t).

Kand. *M. Ljungdahl* t. f. prov.-läk. i Nordmalings distr. 7 aug.—8 sept. (t).

Kand. *M. Lundblad* t. f. asylund.-läk. i Uppsala 1—31 aug.

Bitr. läk. *C. G. Trägårdh* t. f. hosp.-underläk. i Vänersborg 2—31 aug. (s).

Stadsdistr.-läk. *C. Thunström* t. f. prov.-läk. i Eskilstuna 12—25 aug. (v).

Bat.-läk. *A. Wahlstedt* t. f. rättskemist 6 veck. fr. o. m. 14 aug. (s).

Kand. *J. Th. Lundbladh* t. f. stadsläk. i Åmål 10 aug.—15 sept. (t.)

Lic. *M. Wimer* t. f. bitr. prov.-läk. i Halmstads distr. 15—31 aug.

Stadsläk. *A. Sidenmarck* t. f. prov.-läk. i Skellefteå distr. 18 aug.—1 sept. (s).

Reg:tsläk. *L. Trafvenfeldt* t. f. bitr. prov.-läk. i Umeå distr. 6 veck. fr. o. m. 12 aug. (t).

Redaktionsmeddelande:

På grund af ett missförstånd vid korrekturläsningen, utkommer Läkartidningen denna gång en dag för sent.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 23 augusti 1907.

4:e årg. | Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER. | N:o 34.

Innehåll: MAGNUS MÖLLER: Om sexuell uppfostran. — VILHELM SJÖGREN: Några ord om Svenska Stadsläkarföreningen. — Genmäle. — Insändt. — Offentliga underrättelser. — Epidemiöfversikt.

Om sexuell uppfostran.

Af

Magnus Möller.

(Forts. och slut fr. n:r 33).

Emedan den nuvarande föräldragenerationen blott undantagsvis är i stånd att kunna gifva sina barn den lämpliga undervisningen i sexuella ting, så måste skolan öfverta uppgiften. Hvad då först angår *folkskolan*, så är utan vidare klart att, enär barnen lämna denna redan vid en ålder af 14 eller 15 år, frågorna om det oregelbundna könsumgänget, om prostitutionen och om könssjukdomarnas faror endast undantagsvis och med största urskillning böra komma på tal inom folkskolan. Ett ingående på dessa saker bör hvad gossarna beträffar uppskjutas till fortsättningsskolan. Något annorlunda ställer sig saken i fråga om flickorna. Gossen utvecklar sig småningom till man, men hos kvinnan sker öfvergången från barn till jungfru mera plötsligt. Ett stort antal af flickorna anta omedelbart efter lämnandet af skolan någon tjänst eller arbeterskeställning. De betraktas och behandlas icke längre såsom barn, nyss komna ur skolan, utan såsom färdiga könsväsen. De måste alltså redan vid lämnandet af folkskolan och hemmet klart och allvarligt upplysas om de faror för hälsa och framtid, som ett obetänksamt könsligt hängifvande kan medföra. Ett kortfattadt »flygblad» kan härvid göra god tjänst.

Målet för folkskolans positiva arbete i fråga om det sexuella bör vara, att höja tanke och tal om sexuella ting ur lystnadens

och gemenhetens pöl, ur pryderiets och hyckleriets dimma upp till det naturligas, självklaras och oskyldigas nivå. Härför erfordras först och främst, att det hittills gängse hemlighets-, nedtystnings- och skamsenhetssystemet lämnar plats för den uppriktigaste öppenhet. Saker, som läraren inför klassen offentligt och lugnt afhandlar, förlora den retelse af något hemlighetsfullt, förbjudet, fantastiskt, exalterande eller skamligt och oskickligt, som de eljes så lätt få.

Det sexuellas anatomi och fysiologi bör inordnas såsom ett led i läroplanen och behandlas på samma sätt som matsmältningen, andningen o. s. v. Det sexuella är blott ett kapitel i naturläran, likvärdigt med de andra och får i folkskolan icke göras till föremål för särskilda högtidliga föredrag eller skrifter. Deklamation och sentimentalitet vore minst lika olämpligt i fråga om fortplantningens process som i fråga om ämnesomsättningens.

Lärostoffet bör fördelas på alla årskurser af botanik- och framförallt zoologiundervisningen och kan därvid indelas på t. ex. följande sätt:

1. Föräldrarnas förutseende omvårdnad för den väntade afkomman. (Fåglarnas bobyggnad; reptilernas, amfibiernas, fiskarnas uppsökande af lämpliga lekplatser, åtskilliga insekters insamling af näring för det kommande ynglet m. m.)

2. Befruktningen. (Blomväxternas han- och honorgan och det för befruktning nödvändiga sammanträffandet af könsprodukterna. Fiskarnas mjölke och rom [»yttre befruktning»]. Reptilers och fåglars ägg med dessas särskilda, skyddande ägghinnor, hvadan befruktning genom en könsakt hos dem helt naturligt måste ske före dessa ägghinnors anläggning [»inre befruktning»]. Vid inre befruktning erfordras särskilda fortplantningsorgan. Att ingå på detta organs speciella anatomi och fysiologi ligger utom skolundervisningens ram.)

3. Äggets utveckling till embryo. Medelst teckningar och planscher åskådliggöres celldelningen och uppkomsten af väfnader, äfvensom dessas tillväxt; det inom moderkroppen sig utvecklande embryots sammanhang med moderns blodomlopp förtydligas.

4. Födelsen, lämnandet af ägghinnorna. Det tillstånd, i hvilket olika djurgruppers ungar skåda dagens ljus, är mycket växlande. Insekterna och amfibierna erbjuda de mångfaldigaste exemplen härpå. Födelsen består i ett lösande af ungen från moderorganismen, ett afstötande af embryonalorganen samt inträdande af självständig andning. Därvid är modern i fara och har svåra smärtor. Exempel på moderskärleken hos olika djurarter.

5. Den postembryonala utvecklingen eller ungarnas uppfostran intill inträdande könsmognad. Detta kapitel omfattar den efter lämnandet af ägghinnorna följande utvecklingen, hvilken hos däggdjur och fåglar, äfvensom hos enstaka arter reptilier, amfibier, fiskar, insekter, spindlar och kräftdjur äger rum under föräldrarnes, ibland samhällets ledning. Föräldrarna rengöra, nära och värma, undervisa och tukta ungarna, försvara dem mot fiender, hvarvid de ofta få sätta lifvet till. Uppmärksammas bör, att vissa organ, t. ex. tänderna, anläggas långt innan de tagas i bruk och utvecklas helt långsamt. På samma sätt fortplantningsorganen, hvilka utveckla sig sist af alla organsystem. Mellan begynnande utveckling och funktionsduglig mognad ligger en lång period af stilla kraftsamling.

Om sexualundervisningen på detta sätt från början och alltjämt hålles på ett plan af fördomsfri och oskyldig objektivitet, så kommer lärjungen helt visst förr eller senare med frågor beträffande speciellt människans sexuella förhållanden. Svaret blir öppet och i motsvarighet till de dittills vunna insikterna på området. Men, såsom redan framhållits, själfva könsakten äfvensom könsförvillelser kunna inom folkskolan icke gärna bli föremål för offentlig behandling. Vid de senare har läraren att hänvisa till föräldrarna och läkaren.

Ehuru sålunda den mera systematiska undervisningen om sexuallifvet i naturen hör till naturlärans område, så utesluter detta alls icke, att det därjämte inom öfriga undervisningsfack, religion och etik, historia, litteratur o. s. v. på ett naturligt sätt talas om hithörande ting. Härvid spelar gifvetvis lärarens personlighet en mycket betydande roll. Hvad den ene helt lugnt och allvarligt kan meddela, kan den andre icke vidröra utan att genast diciplinen hotar att rubbas.

I läroplanen måste ett visst minimum af sexuell undervisning fastställas, men dugliga och taktfulla lärare böra äga att själfva afgöra gränserna för hvad som för den ena eller andra åldersklassen bör meddelas.

* * *

För *utbildning af kompetenta lärare* fordras, att sexualpedagogik införes såsom del af den pedagogiska undervisningen i seminarierna. En systematisk och grundlig undervisning i djurvärldens och människans sexualitet bör meddelas i sammanhang med naturläran, men undervisningen i sexualpedagogik bör öfverlämnas åt läraren i pedagogik. Sexuell hygien och patologi bör meddelas af en läkare. Ett särskildt område blefve ungdomens sexualitet, som kunde förläggas till kapitlet om fel och lyten hos barn.

Undervisningsprof borde fordras för praktisk kompetens. En ung lärare ägnar sig väl endast undantagsvis för att meddela undervisning i detta ämne, hvartill fordras en viss mognad och lifserfarenhet, stor takt och pedagogiskt lugn.

I *de högre läroverken* blir anordnandet af den allmänna anatomiskt fysiologiska undervisningen i sexuallifvet i sina hufvuddrag detsamma som i folkskolan. Men emedan de högre klassernas lärjungar, som befinna sig i en ålder af 16 till 18 år och däröfver, isynnerhet i de större städerna otvifvelaktigt äro utsatta för sexuella retelser och förvillelser, om hvilkas faror de äro i okunnighet, så behöfvas för dem särskilda kurser i könslifvets hygien och patologi. Dessa böra meddelas af pedagogiskt bildade läkare eller af hygieniskt skolade lärare, helst inom ramen af en allmän undervisning i hälsolära. Ty äfven nu får det sexuella icke särskildt framhållas, icke göras till föremål för högtidliga åtgärder. Det bör afhandlas såsom ett led i allmän hälsovård. Onödig och olämplig är en ingående beskrifning af könsakten äfvensom en framställning af profylaktiska medel. Däremot böra framhållas farorna af organens förtidiga och oändamålsenliga bruk, vikten af renlighet samt könssjukdomarnas vådor. Dessa sjukdomars uppkomstsätt, hufvudkännemärken, förlopp och läkningsbetingelser böra framställas klart, men utan öfverdrift. Det bör varnas för gängse fördomar och missuppfattningar, sådana som att afhållsamhet är något omanligt eller till och med hälsoskadligt, att densamma skulle leda till hudutslag o. s. v., eller att organen vid icke-bruk skulle förlora i alstringsduglighet m. m. Mål att eftersträfva äro afhållsamhet, renlighet, nykterhet. Skulle någon trots alla goda föresatser ändå råka i olycka, så vände han sig ofördröjligen till sakkunnig läkare. Vägarna för viljans riktning och stärkande anvisas i enlighet med hvad längre fram nämnes om hygien och dietetik. Föreläsningen kan fullständigas genom hänvisning till eller utdelning af någon lämplig litteratur i ämnet.[1]

[1] Ungdomen bör få veta, hurusom missförhållandet mellan krafven på och de sociala och ekonomiska förutsättningarna för könsdriftens tillfredsställande på naturenlig väg (äktenskapet) är orsak till, att lösa och växlande förbindelser och prostitution uppstå. Den häraf kommande oordningen i könsförhållandena har under tidernas lopp gifvit mycket stor utbredning åt för individen, familjen och samhället farliga sjukdomar.

Kvinnor och män, som häjdlöst och åtskillnadslöst hängifva sig åt växlande könsförbindelser, undgå icke gonorré och syfilis. Och äfven en enda gångs felsteg kan hafva till följd ett lifs olycka.

Undervisningen må äga rum i närvaro af skolans ledare eller klassföreståndaren. Så länge ännu icke sexuell undervisning stadgats såsom ingående i läroplanen, utan blott är fakultativ, böra föräldrarna förut underrättas om saken.

Vid dessa föredrag är icke blott innehållet utan äfven formen af vikt. De böra vara väl förberedda. Klart är, att allt efter den föredragandes personlighet föredragen sinsemellan kunna vara mycket olika. Den ena talar mera till sina åhörares förstånd, den andra ingår mera i etiska, estetiska eller religiösa betraktelser. Om vid den sistantydda framställningsarten blott därjämte det nödiga faktiska kunskapsmaterialet meddelas, så kan åhörarnas behållning i bägge fallen bli lika tillfredsställande.

Ungefär på liknande sätt som i gymnasiet kan sexuell undervisning anordnas i *fack- och fortbildningsskolorna*, äfven här i form af en allmän hygienisk undervisning, helst af en läkare. I sådana fortsättnings-, fack- eller yrkesskolor, i hvilka samariterkurser meddelas, kan undervisningen i sexuell hygien och patologi lämpligen anknytas till dessa.

Den moderna *sexuella hygienens och dietetikens mål* är icke att asketiskt undertrycka könsdriftens naturenliga utveckling, utan att leda den in på normala, af naturen föreskrifna banor och att bibehålla den i dessa.

Medlen härför gå ut på karaktärens bildande, på personlighetens koncentrering, på ett väckande och stärkande af den sedliga viljan. De äro af dels kroppslig, dels andlig art.

Genom härdande kroppsöfningar, måttfull sport, simning, skidlöpning, folk- och ungdomslekar, m. m. stärkes viljans herravälde öfver kroppen och dess behof. Af stor betydelse är ock att vänja ungdomen vid själfverksamhet, d. v. s. att redan under skoltiden vara icke blott receptiv utan ock produktivt verksam. En modern pedagogisk rörelse går därför ut på att omvandla en alltför exklusiv »vetandets» skola till en

---

Gonorré gör ofta kvinnan ofruktsam, syfilis dräper ej sällan fostret i moderlifvet eller öfvergår på en klen afkomma.

Ingen sjukdom är näst mässlingen vanligare i storstäderna än gonorrhé. Näst lungsot är syfilis den sjukdom, som oftast med giftermålet insmyger sig inom äktenskapet.

75 procent af i barndomen förvärfvad blindhet härrör från en vid födelsen ådragen ögongonorré.

Dessa sjukdomar äro i regeln botliga, men erfordra sakkunnig och ofta långvarig behandling.

»kunnandets» skola. Därigenom öppnas möjligheten för att allt efter olika individualiteter utfylla den lek- och tvångsarbetsfria tiden med privata sysselsättningar, t. ex. eftergörande af enklare fysiologiska, fysikaliska eller kemiska försök, framställande af enklare apparater och verktyg, slöjd, teckning, vandring med botaniskt, zoologiskt, topografiskt eller estetiskt syfte o. s. v.

Ett förebyggande medel af allra största betydelse är naturligtvis afhållsamhet från alkohol.

Gentemot den bland manlig och kvinnlig ungdom så vanliga onanin är det lika olämpligt att af slapphet eller pryderi sluta ögonen, som att med öfverdrifven ängslighet utmåla de förmenade förskräckliga följderna. Genom det sistnämnda skapas talrika hypokondriska olyckliga. När pubertetsåldern kommer med dess mångfald af nya känslor, drömmar och begär, då blodets ström är het och den unge individen i sin oro, svaghet eller ovetenhet förgriper sig på sig själf, då tränger han till hänsynsfull tröst, upplysning och uppmuntran, icke skrämmande tadel. Om missförhållandet ej låter sig rätta genom föräldrars eller målsmäns lugna och måttfulla varningar och genom en hygienisk lefnadsordning, så bör hänvisas till läkaren.

Något annorlunda blir förhållandet där många barn ständigt lefva tillsamman, såsom i uppfostringsanstalter, i internat och pensioner. Där får skolan träda i hemmets ställe. Stundom uppträder det onda inom skolan epidemiskt, klassvis, måhända utgående från en eller annan fördärfvad individ. Emedan här fara för allmän tukt och diciplin är för handen, blir sträng räfst nödvändig för ogräsets aflägsnande.

Såsom afledande och karaktärsbildande faktorer af andlig art spela konst och litteratur en mycket stor roll. Uppfostran till estetisk uppfattning af konst är på samma gång en uppfostran till en sedligt högre ståndpunkt. Äfven dikt- och konstverk, däri kärleken spelar en roll äro, förutsatt dock att verken andas kyskhet och sundhet, för den mognare ungdomen ej blott tillåtliga, utan sundt utvecklande, i det att de vaknande känslorna därmed ledas in i normala banor. Däremot äro heta, lidelsefulla kärleksskildringar gifvetvis olämpliga, enär de gå vida utöfver barnets erfarenhetssfär och de kunna skada genom att väcka ännu slumrande sexuella förnimmelser. Skildringar af sjukliga, perversa lidelser, så vanliga i modern litteratur, äro en mycket farlig kost för unga människor.

Mycket har talats och skrifvits i fråga om det nakna i konsten och dess betydelse i uppfostran.

Emedan en sexuell uppfostran, i den syftning som härofvan angifvits, går ut på att från början och alltjämt vänja ung-

domen att finna naturliga ting naturliga, att betrakta vår kropp i dess helhet såsom något i sig fullkomligt och odelbart, vid hvilken intet i och för sig skamligt låder, så är det antagligt, att en sålunda uppfostrad ung människa betraktar det nakna i konsten med naivt lugn, alldeles ostörd af sinnliga förnimmelser. Och omvändt bör betraktandet af det konstnärligt nakna vara ägnadt att höja det sexuella tänkandet till en högre och renare sfär.

— — —

Det ofvananförda torde vara det hufvudsakliga af de principer och förslag, hvarom å kongressen inga nämnvärda meningsskiljaktigheter kommo till uttryck och som sålunda bilda grundlinjerna till framtidens program för sexuell uppfostran.

Kongressresolutionen erhöll följande lydelse och antogs enstämmigt:

»Tyska sällskapet för könssjukdomarnas bekämpande anser i den hotade folksundhetens intresse en *grundlig reform af sexualpedagogiken för oeftergiflig.* För denna uppgift måste hem och skola i lika mån bidraga: hemmet genom att anvisa större rum än hittills åt kroppens stålsättande och härdande samt genom att på det vetgiriga barnets frågor efter lifvets uppkomst lämna ett det barnsliga förståndet motsvarande, men alltid sanningsenligt svar — skolan genom att likaledes, jämte den rena förståndsundervisningen, låta kropps- och karaktärsbildningen komma till rikare utveckling, samt genom att inom skolundervisningens ram inordna upplysning om könslifvets elementära fakta. Vid tidpunkten för könsmognaden bör tillkomma upplysning om könslifvets faror och varning för könssjukdomarna. Den sexuella upplysningen kan i skolan tillgodoses genom att inordnas inom undervisningen i naturlära, dock erbjuder äfven historie-, religions- och litteraturundervisningen tillfällen att på ett fördomsfritt och vetenskapligt sätt ingå på frågor inom sexuallifvet. En systematisk undervisning är emellertid ej lämplig, så länge ännu ej lärarna och föräldrarna själfva äga förutsättningar därför. Första uppgiften blir därför: undervisning af nu tjänstgörande lärare genom lärarkurser, af blifvande lärare i seminarierna och af föräldrar genom föräldraaftnar och skrifter. Dock bör äfven ofördröjligen den könsmogna ungdomen i de högre läroverkens högre klasser, i fortbildningsskolor o. s. v. erhålla upplysning inom ramen af en allmän hälsovårdsundervisning genom pedagogiskt bildade läkare eller hygieniskt skolade lärare.»

Resolutionen skulle tillställas de olika förbundsstaternas regeringar.

—

Grundlinjerna till framtidens program för sexuell uppfostran hafva härofvan angifvits. Nu framställer sig frågan, huruvida detta upplysningsprogram har någon utsikt att kunna genomföras.

För 125 år sedan diskuterades äfvenledes i pedagogkretsar i Tyskland och Frankrike med stor ifver frågan om ungdomens sexuella upplysning. 1787 utkom en prisbelönad skrift af *Villaume:* »Ueber die Unzuchtsünden in der Jugend», i hvilken läses bl. a.: »Den mycket viktiga frågan, huruvida man skall upplysa ungdomen eller icke om hemligheten af könens förbindelse, är en bland vår tids skolmän tämligen hetsigt diskuterad fråga som ännu icke kunnat afgöras.» De förslag författaren framlägger äro tämligen snarlika dem som nu anbefallas. De kommo emellertid aldrig till utförande. Är det antagligt att i vår tid utsikterna för ett praktiskt genomförande af sexuell upplysning äro större än fordom?

Af flera skäl böra förutsättningarna vara större nu än någonsin förr.

Behofvet af en till grunden gående reform på sexuallifvets område är särskildt stor i våra dagar. Nutidens storstadslif medför för den uppväxande oerfarna ungdomen helt andra vådor än äldre tiders enklare lefnadsförhållanden. Nutidskulturen ger anledning till retelser af mångfaldiga slag, hvilka hafva till följd att könsdriften för tidigt väckes, hastigt stegras, lätt tillfredsställes och snart beröfvar en stor mängd ungdom dess bästa egendom, dess sundhet. Och därmed är grunden lagd till en mångfald framtida sjukdomar, lidanden och olyckor för individen, familjen och samhället. Om vidden af de olyckor, till hvilka dessa sjukdomar utgöra första orsaken, därom hade man vid nämnda tid, för 125 år sedan, ännu ingen aning.

Insikten om farans storlek är större nu än i äldre tider. Genom den allmänna och specialpressen sprides intresset för allmänna frågor till alla lager af samhället. Och en upplysningsreform af nu ifrågavarande art förutsätter för sitt genomförande framförallt stödet af en allmän och stark folkmening.

Slutligen är skolundervisningens innehåll ett annat nu än förr. Naturläran har mer och mer erhållit en rangplats inom skolan. Och det är, såsom upprepade gånger framhållits, i sammanhang med undervisningen i naturlära som sexualupplysningen enklast och naturligast låter sig meddelas.

Vår tids pedagogik bör sålunda vara långt bättre rustad för lösandet af det sexuella upplysningsproblemet än 1700-talets.

- - -

Men, frågar man sig, äfven om undervisningen blir den bästa, så är det måhända ändock alltför optimistiskt att vänta några större resultat däraf, att hoppas på en höjning af sedlighetsnivån, en minskning af könssjukdomarna?

En riktig uppfostran ensamt är naturligtvis ej nog för att skapa en god medborgare. Men det är i alla fall vår plikt att undervisa väl. Ty äfven om det är ovisst att de unga därför komma att bli bättre människor, hafva vi dock gjort hvad vi kunnat för att de måtte bli det.

Man lär ungdomen att respektera annans egendom, fastän man vet, att trots allt en och annan kommer att bli en tjuf.

Ju bättre utsädet är desto bättre bör skörden kunna bli. Om vi lyckats tydliggöra för ungdomen skillnaden mellan kärlek och vulgärt könsumgänge, om vi lärt dem att självbehärskning är en manlig dygd, svagt undfallande för driftlifvet däremot icke, att tillfälliga könsförbindelser äro vådliga, afhållsamhet i regeln icke; så vinna vi helt säkert att många ynglingar uppskjuta hängifvandet åt könsumgänge ännu ett, kanhända två år, att många andra hemfalla däråt mindre ofta än nu samt att en och annan af de viljekraftigaste förblir kysk ända till sin äktenskapsålder. Därmed minskas naturligtvis ej oväsentligt chanserna för förvärfvande af könssjukdomar.

Idealet bör i alla händelser hafva fått hägra för alla, äfven om blott några hafva kraft att nå det.

Några ord om Svenska Stadsläkarföreningen.

Af

D:r **Vilhelm Sjögren**, Södertälje.

Den stora tillslutning, som den vid allm. sv. läkarmötet i Malmö 1906 anordnade stadsläkarsektionen vann och den uppmärksamhet, som ägnades såväl dess förhandlingar som dess kommunalhygieniska utställning, bevisade tydligt, att Sveriges stadsläkare nu liksom förut andra kamratgrupper funnit rätta tidpunkten för ett samladt arbete till gemensamt gagn.

Största vinsten af sektionen var utan tvifvel bildandet af Svenska stadsläkarföreningen, som i § 1 af sina stadgar angifver som sitt ändamål att »sammansluta tjänsteläkarne i Sveriges städer till gemensamt arbete för tillgodoseende af medlemmarnas sociala, ekonomiska och praktiskt vetenskapliga intresse.»

Föreningen har redan vunnit stor tillslutning och en kortare öfversikt af dess arbete hittills torde därför vara motiverad.

Säkerligen kommer föreningen att få betydelse både för stadläkarens personliga tjänsteförhållande och för deras offent-

liga arbete i städernas tjänst för städernas hygieniska utveckling.

I enlighet med å sektionen uttalade önskningar om ett samarbete i kommunalhygieniska frågor har styrelsen ordnat *Svenska Stadsläkarföreningens arkiv*, afsedt att, deladt i nedan angifna afdelningar, genom utlåning ställas till medlemmarnes disposition. Arkivets grundstomme utgöres af den rikhaltiga samling kommunalt tryck, ritningar m. m., som fanns å nämnda Malmöutställning och som redan då visade värdefulla resultat af denna art af samarbete.

För att ytterligare vidga arkivet, för att göra det möjligast fullständigt och därigenom tillförsäkra det en verkligt betydelsefull plats i arbetet för städernas hygieniska utveckling har till alla stadstjänsteläkare utsändts ett cirkulär om arkivets bildning med anhållan om deras medverkan att nå dessa mål.

De ansökningar om lån ur arkivet, som ingått, visa tillfyllest, att vi däraf kunna vänta en verklig *praktisk* nytta. Men för att denna ömsesidiga vinst skall ökas i värde och omfång fordras, att hvar och en af landets stadstjänsteläkare med intresse bidrager till arkivets stadiga ökning. Ty just genom de *årliga* bidragen, genom hvilka kamraters erfarenheter och rön *fortgående* framläggas, fyller arkivet sin afsedda gagnrika uppgift.

Redan nu ha flera af delarne mycket att erbjuda till uppslag och ledning i tjänstearbetet å det kommunalhygieniska området. — En annan fråga under utredning inom styrelsen är utarbetandet af en *normalinstruktion för rikets stadsläkare*. En dylik instruktion har sedan länge varit ett önskemål. Att just detta viktiga hjälpmedel saknats framgår nogsamt af det ur både samhällets och läkarens synpunkt sedt föga uppmuntrande paragrafkaleidoskop, som möter granskaren i de flesta nu gällande stadsläkarinstruktionerna.

Men denna normalinstruktion vill äfven med det stöd den kan gifva föra fram så viktiga frågor som sättet för tjänsternas tryggare tillsättning och pension.

»Instruktionskommittén» har insamlat instruktioner samt uppgifter från stadsläkarne såväl hvad tillsättnings- som löne- och pensionsförhållanden angå. Denna samling, arkivets del I, är en god ledning för de kamrater, för hvilka dessa frågor äro eller blifva aktuella.

Kommittén har för sitt arbete att glädja sig åt ett stort intresse från kolleger landet rundt, ett intresse, som tagit sig uttryck i värdefulla råd och synpunkter meddelade som svar å utsända frågeformulär.

Tidningens anlitade utrymme tillåter mig att endast med detta korta meddelande påpeka föreningens tillvaro samt att påkalla icke blott kollegernas intresse utan äfven deras medverkan i handling, närmast för förverkligandet af de två nu föreliggande föreningsuppgifterna: *arkivets ökning* och *normalinstruktionen*.

Föreningens styrelse utgöres af O. Sundelius ordf., A. Fornmark v. ordf., A. H. Christenson, V. Sjögren, R. von Post samt som suppl. E. Bolin och I. Brandberg.

Arkivet är deladt i följande afdelningar:

1. *Stadsläkareinstitutionen.*
(Instruktioner, löneförhållanden m. m.)
2. *Hälsovårdsnämnd underlydande personal* (= 1. Stadsveterinär, hälsovårdspolis, barnmorskor, sjuksköterskor, vaccinatörer).
3. *Matvaruhandeln.*
(Stadgar; torghandel; saluhallar; köttbesiktning).
4. *Slakthus.*
(Förslag, utredningar, ritningar m. m.)
5. *Vatten- och kloakledningar.*
(Reglementen, kontrakt, afgifter m. m.)
6. *Renhållningsväsendet.*
(System; sept. tank; W. C.; allm. »kabinett»; stadgar; kontrakt; ritningar; utredningar; svinhållning; stallar m. m.)
7. *Epidemisjukvård.*
(Sjukhusritningar, stadgar, personal [= 1.]; förvaltning; utensilier; desinfektionsanordningar).
8. *Tuberkulossjukvård.*
(= 7; dispensärer eller andra anordningar för vård m. m.)
9. *Sinnessjukvård.*
(= 7).
10. *Allmänna sjukvårdsanstalter.*
(= 7.)
11. *Öfriga kommunala sjukvårdsanstalter.* (ex. förlossningsanstalter, konvalescensanstalter, sjukhem m. m.)
12. *Försörjningsväsendet.*
(= 7, anstaltsvård m. m.)
13. *Barnavård.*
(Barnhem; mjölkdroppe m. m.)
14. *Skolhygien.*
(= 7; särskild skolläkare; skolbad; skolkök; (= 1); tandhygien m. m.)
15. *Badhus.*
(= 7.)

16. *Bostadshygien.*
(Bostadsinspektion; byggnadsordning; stadsplan m. m.
17. *Allmän hygien m. m.*
(Allm. ordningsstadgar; tryckta årsberättelser, formulär m. m.)

Dessa arkivdelar äro hvar för sig tillgängliga för utlåning efter en till Fören:s sekreterare gjord anmälan.

Genmäle.[1]

Uti häftet n:o 27, den sistlidne 5 juli, af Läkartidningen förekommer bland annat en af »gammal militärläkare» undertecknad uppsats uti hvilken — enligt mitt förmenande — ett omotiveradt angrepp riktats mot en viss regementsbefälhafvare. Den senare skall nämligen enligt uppgift hafva lämnat å sido de anvisningar, som vederbörande regementsläkare uti två fall af hygienisk art honom meddelat. Lyckligtvis gestalta sig de sanna förhållandena härvidlag vida gynnsammare för »regementsbefälhafvaren» än som uppsatsens författare låter komma till synes.

Vid det ena tillfället skulle regementsbefälhafvaren, enligt »gammal militärläkares» uppgift, hafva förlagt friskt manskap uti af skarlakansfeber nedsmittade tält, tvärt emot regementsläkarens råd. Denna utpyntade händelse hade emellertid följande enkla förlopp.

Några fall af skarlakansfeber hade under beväringsrekrytskolan förekommit bland manskapet vid — låt vara — två kompanier. Dessa förlades då i ett läger af runda tält under den tid, desinfektionen af den ursprungliga förläggningslokalen ägde rum. Deras vistelse uti tältlägret varade ungefär en vecka, hvarunder så vidt jag kan påminna mig (händelsen inträffade 1904) inga nya sjukdomsfall uti nämnda feber inträffade. I sammanhang med att ifrågavarande kompanier återtagit sin vanliga förläggning, fick regementsbefälhafvaren order om att omedelbart låta förlägga ett annat kompani på ort, rätt aflägsen från mötesplatsen, och skulle vistelsen därstädes räcka en längre tid. Då användning af skyddstält under dylikt förhållande, och bland annat ur hygienisk synpunkt, är mindre lämplig, ämnade regementsbefälhafvaren att, då inga andra runda tält funnos att tillgå, låta kompaniet medföra en del af dem, som redan förut användts af de båda förstnämnda kompanierna. Tälten hade blifvit stående en à två dagar, sedan de blifvit utrymda, för att luftas.

Den tjänstgörande bataljonsläkaren inlade emellertid sin protest mot tältens omedelbara användning till sagda ändamål.

Regementsbefälhafvaren telefonerade å sin sida till regementsläkaren för att begära hans råd i saken och uttalade regementsläkaren den anvisningen, att tälten borde genomgå en byk, innan de finge tagas i vidare bruk.

[1] Insändaren har särskildt hos red. anhållit att få uppträda anonymt af skäl, som red. ansett sig böra respektera.

Red.

Denna bestämmelse af regementsläkaren blef ock på regementsbefälhafvarens befallning *nogrant iakttagen af kompaniet,* som under denna behandling förlades uti skyddstält.

Intet fall af skarlakansfeber inträffade bland det manskap, som nyttjade dem.

Då beväringsrekrytskolan i år inryckte, lämnade regementsläkaren till regementsbefälhafvaren en skriftlig anhållan om, att manskapet skulle permissionsförbjudas under 14 dagar, väl förnämligast på grund af en i den närbelägna staden gående skarlakansfeberepidemi.

Enär många af officerarna äro bosatta uti staden, hvarjämte en del underofficerare och gifta korpraler hafva sina hem utom lägerområdet, hvilka således voro utsatta för att komma i beröring med den fruktade smittan, och då regementsbefälhafvaren dessutom näppeligen kunde förhindra, att besökande från feberområdet plägade umgänge med manskapet, ansåg regementsbefälhafvaren, att regementsläkarens anhållan, äfven tagen i hela dess vidd, icke kunde garantera ett skydd i afsedd riktning.

Likväl utgaf regementsbefälhafvaren befallning om att tillsvidare permission till staden endast skulle beviljas dem af manskapet, som kunde förete högst viktiga angelägenheter och endast under den tid, som ärendet kräfde.

Denna inskränkning af permission räckte öfver 14 dagar.

Detta skulle vara det andra fallet, där regementsläkarens föreskrifter ej blifvit följda. Ehuru den mindre vänliga tendensen uti ifrågavarande artikel för öfrigt icke personligen berör mig, vill jag likväl till hvad det kan gälla framhålla, det jag aldrig under min 33-åriga tjänst vid regementen och skolor förnummit att något öfversitteri från officerarnas sida gent emot militärläkarne varit rådande eller ens förekommit.

Tvärtom hafva herrar militärläkare — enligt min erfarenhet — i hög grad omhuldats och aktats af officerarna, hvilket herrar militärläkare vetat återgälda med visad vänskap och kamratlikt uppträdande.

—*n*.

Insändt.

Vid öppnandet af Dagens Nyheters tisdagsnummer för den 30 juli finner jag där till min förvåning en bild af provinsialläkaren i Borås, D:r Axel Möller.

Min första tanke är naturligtvis: Hvad har han nu uträttat för storverk, efter han blifvit afbildad, eller månne han jubilerar?

Med ännu större förvåning ser jag efter genomläsning af tillhörande text, att orsaken till hans förevigande blott är, att han på grund af en kyrkoherdes intyg om ett dödsfall, ifyllt en af våra olycksaliga dödsattestblanketter.

Bör icke sådant i flera afseenden utgöra en väckelse till eftertanke för oss alla?

Borde icke läkareföreningen offentligt opponera sig mot att en tidning, som det synes så obefogadt, framdrager en aktad läkare i en så tvetydig dager, att en okritisk allmänhet rent af kan få den föreställningen, att han är en medbrottsling?

Hvad skall hans bild där tjäna till?

Kan det ej vara nog, att tidningen nämner hans namn?

Hvarför har ej tidningen äfven intagit en bild af kyrkoherde Sundblad, han som dock är den närmaste orsaken till misstaget, därigenom att han ej öfvertygat sig om, att ett dödsfall verkligen ägt rum, och som väl antagligen var närmare till hands.

Bör icke läkareföreningen afge en offentlig protest mot ordalydelsen i § 59 mom. 4 i Instruktionen för läkare, och mot dessa dödsbevis, i hvilka läkaren är skyldig ifylla namn, ålder, civilstånd, samhällsställning, bostad och dödsminuten, allt saker, som han tydligen endast i enstaka undantagsfall kan ha reda på, utan måste inskrifva efter andras uppgifter.

Allt detta skulle naturligtvis ifyllas af prästen, som bör ha bättre reda på en del af dessa uppgifter.

Därefter kunde läkaren skrifva på, att han skött patienten för den eller den sjukdomen, som då möjligen kan vara dödsorsaken.

Allmänheten tror, att läkaren genom dödsattesten konstaterar, att dödsfallet ägt rum, men meningen är naturligtvis blott, att läkaren genom sin kännedom om sista sjukdomen skall uppgifva den *antagliga* dödsorsaken, ty den *verkliga* kan ju ej vara tal om förr än efter vederbörlig likbesiktning och obduktion.

Den 1 aug. 07.

Axel Lagerman.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes; [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Under.-läk.-tj:n v. las. i Jönköping[3]) (löneförmåner: 1,800 kr. jämte fri bostad samt kost eller 600 kr. i kostpenningar)	24 aug.
Extra prov.-läk.-tj:n och därmed förenade läkarbefattningen vid Tulseboda brunn (se annons i dagens n:r)	24 aug.
Porv.-läk.-tj:n i Nedre Fryksdalens distr.[1])	26 aug.
Extra prov.-läk.-tj:n i Kyrkhults distr. (ledigförklarad för tiden t. o. m. 1908; distr. omfattar Kyrkhults distr. af Blekinge län med station v. »Tulseboda brunn»; löneförmåner: 1,500 kr. + fri bostad; ansökan ställes till läkarstyrelsen, adr. Kyrkhult)	28 aug.
Bitr. läk.-befattn. vid Göteborgs Epidemisjukhus (ledigförklarad på grund af ny tjänsteperiod); ansökan till Hälsovårdsnämnden. Tillträde 1 okt.	1 sept.
En marinläk.-tj. af 1:sta graden vid marinläkarkåren (ansökan ställd till Konungen ingifves till marinöfverläkaren, marinförvaltningen)	6 sept.
Extra prov.-läk.-tj:n i Los distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	9 sept.
En marinläk.-tj. af 2:a graden (ansökan, ställd till Konungen, inl. hos marinöfverläkaren)	11 sept.
Las.-underläk.-tj:n i Visby[3]) (löneförmåner: 2,400 kr. jämte fri bostad och kost)	11 sept.

Las.-läk.-tj:n i Vänersborg[1]) (löneförmåner: 4,000 kr. jämte fri bostad och vedbrand) 12 sept.
Extra prov.-läk.-tj:n i Näskotts distr. (ledigförklarad för tiden t. o. m. 1909; distr. omfattar Näskotts och Alsen socknar af Jämtlands län med läk.-station inom den förra; invånarantal 3,587 1 jan. 06; löneförmåner: 1,500 kr. jämte fri bostad; sökes hos läk.-styrelsen, adr. Alsen) 12 sept.
Bitr. läk.-befattn. vid Epidemisjukhuset i Uppsala (se vidare annons i dagens n:r) 15 sept.
Prov.-läk.-tj:n i Åsele distr.[1]) 16 sept.
Prov.-läk.-tj:n i Norrtälje distr.[1]) 16 sept.
Extra prov.-läk.-tj:n i Tranås distr. (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod) 17 sept.

Lediga apoteksinrättningar:

Nya medikamentsförrådet i Ullared[2]) 2 sept.

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Bat.-läk. i reserven *T. P. Lundén* (16 aug.)

Af vederbörande myndighet antagna:

Till distr.-läk. i Östermalms östra distr. af Stockholms stad: d:r *I. Wickman*.
Till förest. v. Stockholms stads hälsov.-n:ds bakt. laboratorium: laboratorn d:r *Alfred Pettersson*.

Af Med.-styr:n upprättade förslag:

Till *en bat.-läk.-tj. v. Dalreg:tet:* C. G. Fredriksson (förord), J. V. O. T. Efvergren, G. I. Wirde (de båda sistnämnda hafva sedermera återtagit sina ansökningar).
Till *en bat.-läk.-tj. v. Norrbottens r:te:* G. I. Wirde.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Kand. *I. Brahme* t. f. ex. prov.-läk. i Älfdalens distr. 12 aug.—1 sept. (v).
Lic. *G. Kjellberg* t. f. ex. prov.-läk. i Edsbergs distr. 28 aug.—28 sept. (t).
Civ.-stip. *V. Sterner* t. f. prov.-läk. i Åsele distr. (v).
Civ.-stip. *H. Areschoug* t. f. prov.-läk. i Norrtälje (v).
Lic. *J. Hegardt* t. f. 2:e stadsläk. i Helsingborg 23 aug.—27 sept. (t).
Kand. *I. Billström* t. f. hosp.-aman. i Stockholm 4—27 sept. (t).
Lic. *E. T. Feltström* t. f. las.-läk. i Luleå (v).
Lic. *C. Wærndt* t. f. stadsläk. i Gränna 25 aug.—30 sept. (t).
Såsom extra läkare v. reg:tsöfningar: bat.-läkarna *Hylin* (Vaxholms gren.-rte), *K. O. Andersson* (Norrl. trängk.) och *Berlin* (inf.-vol.-skolan i Norrköping), fältl.-stip:rna *Lindstedt* (Skarab. r:te), *Sjögren* (Västerb:ns r:te), *Malmgren* (Jämtl. fältj.-r:te), *Lundvall* (Norra sk. in.-r:tet), *Rinander* (Västernorrl. r:te), *Lichtenstein* (Östg. trängk.) och *Erfass* (Lifr:tets dragoner).
Kand. *G. Hedenlund* t. f. prov.-läk. i Piteå distr. 6 sept.—5 okt. (s).
Lic. *J. Sandquist* t. f. prov.-läk. i Söderhamns distr. 24 aug.—22 sept. och 16 nov.—15 dec. (s).
Kand. *K. Helmer* t. f. ex. prov.-läk. i Dannemora distr. 29 aug.—28 sept. (t).

Kand. *S. J. Wahlgren* t. f. stadsläk. i Vimmerby 24 aug.—30 sept. (t).
Ombudsmannen *Sederholm* adj. led. af med.-styr:n 16 aug.—13 sept. (s).
Lic. *E. Åberg* t. f. omb.-man hos med.-styr:n 16 aug.—13 sept.

Död:

F. d. regementsläkaren, f. d. stadsläkaren i Vänersborg, m. m., med. licentiaten *Karl Johan Nathanael Bylund* afled den 1 dennes vid 72 års ålder.

Öfversikt af sammandragen af epidemirapporter

för halfva månaden 16—31 juli 1907.

	Städer.					**Landsbygd.**				
	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa
Stockholm	—	24	58	—	82	—	—	—	—	—
Stockholms län	—	1	—	—	1	2	8	24	—	34
Uppsala	—	—	1	—	1	—	6	4	—	10
Södermanlands	—	—	11	—	11	—	—	8	—	8
Östergötlands	—	1	9	—	10	5	5	12	—	22
Jönköpings	—	3	11	—	14	6	2	1	—	9
Kronobergs	—	—	—	—	—	—	—	14	—	14
Kalmar	—	—	24	—	24	4	—	15	—	19
Gotlands	—	—	—	—	—	—	5	—	—	5
Blekinge	1	—	5	—	6	4	4	1	—	9
Kristianstads	—	—	1	—	1	3	1	19	—	23
Malmöhus	55	2	11	—	68	4	10	37	—	51
Hallands	—	—	5	—	5	—	2	7	—	9
Göteborg	6	7	3	—	16	1	1	23	—	25
Göteborgs o. Bohus	—	—	4	—	4	—	—	—	—	—
Älfsborgs	2	—	1	—	3	1	15	15	—	31
Skaraborgs	—	—	—	—	—	3	4	10	3	20
Värmlands	1	—	—	—	1	—	—	15	—	15
Örebro	—	—	—	—	—	1	—	3	—	4
Västmanlands	2	—	10	—	12	3	13	7	—	23
Kopparbergs	—	—	—	—	—	3	—	9	—	12
Gäfleborgs	—	4	—	—	4	—	7	9	—	16
Västernorrlands	1	—	4	1	6	1	2	7	—	10
Jämtlands	—	1	—	—	1	1	—	2	—	3
Västerbottens	—	—	2	—	2	—	—	1	—	1
Norrbottens	—	—	—	—	—	—	—	16	—	16
Summa	68	43	160	1	272	42	85	259	3	389

Summa sjukdomsfall i hela riket: nervfeber 110, skarlakansfeber 128, difteri 419, rödsot 4. — *Akut barnförlamning* 30 fall, däraf 15 i städer och 15 å landsbygd.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 30 augusti 1907.

4:e årg. Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER. N:o 35.

Innehåll: OTTO GRÖNÉ: Om artificiell utvidgning af modermunnen vid förlossning. — Svenska Stadsläkarföreningen. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser.

Om artificiell utvidgning af modermunnen vid förlossning.

Af

Otto Gröné, Malmö.

Sträfvandet att rädda moder och barn har medfört ett mera aktivt tillvägagångssätt inom obstetriken, som därför inom loppet af de två sista decennierna i många fall antagit en kirurgisk karakter. I många fall, där man förut förhoppningsfullt exspekterat och afvaktat naturens egen gång, har man blifvit mer och mer benägen att gripa in för att på operativ väg raskt och säkert göra slut på förefintliga komplikationer. Detta bevisas af ett mera aktivt förfarande vid eklampsie och placenta prævia, af ökningen af kejsarsnitten på relativ indikation och af den fart, som bäckenutvidgande operationer, särskildt hebosteotomi, tagit de sista 2—3 åren, men framför allt af den omfattning, som försöken att på artificiell väg vidga modermunnen (mm) vid partus har tagit. Att dilatera mm. med konst kände man till redan i gamla tider och hade för detta ändamål flera olika metoder, men dessa råkade alla så godt som i fullständig glömska under 19:de århundradets skonsammare förlossningshjälp. Då dylika metoder åter kommo fram i slutet af 1880-talet, voro de därför som alldeles nya. Alltsedan ha dessa metoder emellertid bibehållit ett mycket aktuellt intresse och oafbrutet utvecklats. En öfversikt öfver

sista årens forskningar beträffande dilatation af mm. vid förlossning och de faktiska resultat, hvartill man kommit, torde alltså kunna påräkna allmännare intresse, särskildt bland dem, som syssla med förlossningskonst.

Vid den *fysiologiska utvidgningen* af mm. vid partus, som under graviditeten förberedts genom hypertrophie och serös genomdränkning af väfnaderna i portio, samverka tvänne faktorer: den excentriska, muskulära dragningen (retraktionen) = *det dynamiska momentet;* och nedträngandet af hinnblåsan resp. den föreliggande fosterdelen = *det mekaniska momentet.* Båda tillsammans utgöra resultatet af uteruskontraktionerna (värkarna). Så viktigt trycket af den ofvanifrån nedpressade delen än är, så träder dock detta moment tillbaka i betydelse för det dynamiska. Det kan t. o. m. hända, att retraktionen ensam får fortsätta det gemensamt påbörjade utvidgningsarbetet; detta observeras t. ex. vid tvärläge, om hinnorna brista i förtid. För fullkomligt normal utvidgning af mm. är dock städse en samverkan mellan båda de fysiologiska momenten, det dynamiska och det mekaniska, erforderlig. Trycket ofvanifrån har till uppgift att tränga inre mm. isär och så förlama dess sfinkterverkan, på det att sedan den retraherande muskelkraften må kunna göra sig gällande och fullborda det väsentligaste öppningsarbetet genom att fullständigt utvidga mm. medelst radierande dragning uppåt. Hos omföderskor är cervixmuskulaturens sfinkterverkan icke så störande, ty här har den redan en eller flera gånger varit fullständigt upphäfd; utvidgningen försiggår därför här lättare än hos förstföderskor.

Vid den artificiella utvidgningen af mm. kan man ej så lätt ersätta det dynamiska momentet, som ju är det viktigaste, utan tvingas att mer eller mindre låta det mekaniska momentet dominera öfver detta. Ju mera det dynamiska momentet träder tillbaka i en metod, desto längre aflägsnar sig denna från den fysiologiska utvidgningen.

De *tillfällen, då det kan komma i fråga att* med konst *dilatera mm.*, äro i stort sedt följande:

1. I alla fall, då inledande af partus præmaturus är indicerad.

2. Vid under förlossningar uppkommande fara för moder eller barn, hvilken kan aflägsnas genom förlossningens afslutande.

Först och främst är här att nämna *eklampsie* såsom viktigast och vanligast förekommande. Hvilken teori om orsaken till denna svåra förlossningskomplikation man än må hylla, så synes man dock numera vara ense därom, att orsaken är att söka i foetus eller åtminstone i den foetala väfnaden och

att ju tidigare alltså förlossningen kan afslutas, dess bättre är prognosen i det konkreta fallet. Så snart alltså ett säkert eklamptiskt anfall är diagnosticeradt, äfven om fullständigt uppvaknande och kanske ej så kortvarigt lugn efteråt inträder, är det indikation för att snarast möjligt afsluta förlossningen. En annan allmänt erkänd indikation att skyndsammast möjligt tömma uterus är *feber*, som uppstår under förlossningen såsom uttryck för en begynnande infektion. Af sjukdomar i moderns inre organ, som kunna göra en snar och lindrig förlossning önskvärd, är att nämna *höggradig lungtuberkulos, hæmoptys, inkompenserade hjärt- och njur-sjukdomar* m. fl. Såsom indikation för snar förlossning uteslutande i fostrets intresse är att framhålla *kompression eller framfall af nafvelsträngen, tetanus uteri* etc. Slutligen är det vid *placenta pravia* eller för *för tidigt aflossande af den normalt sittande placenta* af vikt för både moder och barn att skyndsammast möjligt tömma uterus.

3. Vid patologisk beskaffenhet af cervix uteri, som genom ofullständig utvidgning af mm. orsakar dröjsmål med förlossningens afslutande med däraf följande olägenheter och faror.

Hit är att räkna:

a) Conglutinatio orificii uteri externi, bristande utvidgningsförmåga hos mm. Det kan här t. o. m. stöta på svårigheter att uppsöka mm. Lyckas detta ej för det palperande fingret, så blir det i regel möjligt genom användande af speculum.

b) Stenos i mm. efter inflammatoriska och syfilitiska processer, efter för stark kauterisation, efter föregående svåra förlossningstraumata eller efter förutgången portio-amputation. Särskildt allvarliga äro dylika fall, där ärrstenos sträcker sig öfver en större del af cervix, i synnerhet på den supravaginala delen eller där den ärriga processen sträcker sig ut i parametriet.

c) S. k. rigiditet af yttre mm., en abnormitet, som förekommer hufvudsakligen hos äldre förstföderskor, men äfven i samband med kroniska inflammatoriska processer. Från conglut. orif. ut. ext. skiljer sig rigiditet därigenom, att vid den senare utvidgningen uppnår åtminstone en viss grad, under det att mm. vid den förra förblir så godt som alldeles sluten. En svår form af rigiditet är den, som betingas af elongation och hypertrofi af cervix.

d) Den genom tumörer (myom, cancer) orsakade abnormiteten af cervix är slutligen också att räkna hit.

Man har föreslagit en hel mängd *olika metoder* att artificiellt åstadkomma utvidgning af mm. vid partus. Dessa kunna efter sina olika sätt att dilatera delas i *direkt* och *indirekt* verkande

metoder. De senare afse endast att framkalla eller förstärka uteruskontraktionerna, men öfverlämna f. ö. utvidgningen af mm. helt och hållet åt naturen och verka alltså indirekt på mm.; hit höra ägghinnestick, vaginal kolpeuryse, applikation af bougier m. fl. metoder, som hufvudsakligen användas att inleda abort eller partus præmaturus. De synas komma mer och mer ur bruk och höra f. ö. ej till det ämne, vi här skola afhandla. Här nedan skola vi närmare ingå endast på de metoder, som direkt verka utvidgande på mm. Dessa metoder sönderfalla i följande 3 grupper:

I. Metoder, som utvidga mm. hufvudsakligen genom dynamisk verkan.

II. Metoder, som hufvudsakligen verka mekaniskt dilaterande på mm.

III. Metoder, som genom blodig operation vidga mm.

I. **Dynamiskt verkande metoder.**

Vid dessa metoder, som bilda öfvergången mellan de indirekt och de direkt verkande, åstadkommes utvidgningen af mm. hufvudsakligen genom att framkalla eller förstärka uteruskontraktionerna, under det att den mekaniska effekten är relativt obetydlig. De verka långsamt och utvidgningen försiggår under retraktion af corpusmuskulaturen och distraktion af cervixmuskulaturen, d. v. s. liknar det fysiologiska utvidgningsarbet med förstärkning af det mekaniska momentet. Till denna grupp hör 1) metreuryse och 2) utvidgning medelst nedhämtande af fot.

1. *Metreuryse.* Härmed förstås metoden att påskynda utvidningen af mm. genom införande af en gummiballong i uterus ofvanför inre mm. med eller utan konstant dragning i densamma.

C. Braun var den förste, som år 1851 systematiskt började använda gummiballong i obstetriken. Han använde mjuka, runda eller något päronformiga gummiblåsor och förde dem ej högre upp än i vagina; häraf benämningen kolpeurynter och kolpeuryse. Schauta föreslog 1883 intrauterin användning af dessa gummiballonger (metreurynter, metreuryse). Nästa steg i metodens tekniska utveckling togs af A. Mäurer, som 1887 föreslog anbringandet af konstant dragning i den intrauterint införda ballongen. Genom införande af oelastisk ballong har metoden ytterligare förbättrats; denna lämpar sig nämligen bättre för konstant dragning, enär den därvid alltid bibehåller sin form och storlek oförändrad, under det att en elastisk ballong vid starkare dragning antager korfform eller lätt bildar

divertiklar. Champetier de Ribes konstruerade 1888 först en dylik ballong; den förfärdigas af fint sidentyg, som på in- och utsidan öfverdrages med kautschuk; den har konisk form; den största modellen har vid basen en genomskärning af 10 ctm. och rymmer 640 gm vatten. Champetiers ballong är ganska dyr. Därför har A. Müller konstruerat en liknande oelastisk ballong af bomullstyg, som vulkaniseras på båda sidor; den betingar endast ung. halfva priset af Ch—s ballong.

Såväl den elastiska som den oclastiska ballongen har fortfarande mycket stor användning. Den Braunska och Müllerska ballongen användas mest i Tyskland; de förekomma båda i 3 olika storlekar. Vill man vara rustad för alla eventualiteter, bör man ha båda sorterna och använda dem på bestämda indikationer. Allt efter det konkreta fallets brådskande natur bör elastisk ballong utan eller med blott måttlig dragning användas eller oelastisk med stark eventuell manuel dragning.

Den intrauterint applicerade ballongen verkar på 3 sätt:

1) *värkframkallande*, i det den dels genom en ganska utbredd aflösning af undre äggpolen från uterusväggen dels såsom en främmande kropp på reflektorisk väg utlöser kraftiga uterinkontraktioner; 2) *dilaterande*, i det den dels genom värkarna, dels genom dragningen drifves allt djupare ned i cervikalkanalen och har en uppifrån och nedåt fortskridande utvidgning af denna till följd; 3) *tamponerande*.

Sterilisationen af ballongen kan försiggå genom kokning af densamma eller genom längre behandling med desinfektionsvätska i förening med mekanisk bearbetning (afborstning etc.) Genom kokningen förstöres emellertid ballongen snart (en ballong tål ej vid mer än 3—4 ggrs kokn.) och den kemiskt-mekaniska rengöringen tillfredsställer ej aseptikens fordringar, hvarför sterilisationen är en svag punkt hos hela metoden.

Tekniken är följande. Såsom en nödvändig betingelse får man anse, att cervix är bekvämt permeabel för ett finger, vid oelastisk ballong något mer; är så ej fallet, är en inledande dilatation med Hegars dilatatorer nödvändig. Blåsa och tarm tömmas. Noggrann desinfektion. Sedan man genom proffyllning öfvertygat sig om att ballongen är hel och ej har någon läcka, rullas den steriliserad, cigarrformigt ihop, fattas med en något böjd tång, så att ballongen når ung. 1 ctm. utanför instrumentspetsen. Den föres nu under ledning af fingrarna försiktigt upp i cervix så högt, att den till en tredjedel når öfver inre mm.; man bör härvid akta sig, att hinnorna ej sprängas. Instrumentet aftages nu, men inre handen hålles kvar. Nu fylles ballongen långsamt med sterilt vatten, koksaltlösning, svag lysollösning eller annan svagt desinf. lösning

(ej sublimat- eller karbolsyrelösning; ej heller luft på grund af faran för luftembolie), under det inre handens fingrar kontrollera, att den ej under tiden glider ned i vagina.

Det går som regel lätt att utan narkos och utan assistens införa ballongen med pat. i en vanlig bädd med höjdt säte, bekvämare dock i kortbädd. Sedan ballongen blifvit inlagd och fylld, afstänges slangen med en klämmare; ett snöre anbringas vid slangen och ledes öfver en rulle (i nödfall en tom trådrulle) vid nedre ändan af sängen och lämplig tyngd hänges på. Det är viktigt att dragkraften värkar vinkelrätt mot bäckeningångsplanet, så att ballongens hela tryck verkar å cervix och ej å andra delar; det är därför lämpligt höja pat:s säte något.

Man bör alltid välja ballongen så stor, att man med den uppnår den utvidgning man afser, så att man endast *en gång* behöfver införa densamma. Om metreuryntern legat 8—12 timmar i följd utan att framkalla värkar, hvilket undantagsvis kan förekomma, bör den tagas ut och ersättas med en ny ballong. Om de uppkomna värkarna åter aftaga, kan man åter bringa dem i gång genom att öka dragkraften. I allmänhet bör man ej använda för stark dragning; om man vid elastisk ballong använder en dragning, som motsvarar ballongens tyngd fylld med vatten, alltså $^1/_2$—$^3/_4$ kg., får man en effekt, som i det allra närmaste liknar det naturliga utvidgningsarbetet, d. v. s. det uppstår kraftiga värkar af regelbunden typ. Med för stark dragning kan man utom andra olägenheter åstadkomma circumskripta spastiska kontraktioner i cervix, s. k. cervixspasm.

Metreuryse är ej användbar vid i bäckenet redan fixeradt hufvud, då mm.-ränderna ligga tätt inpå hufvudet.

Man är i allmänhet ense därom, att som regel ej spränga hinnorna före inläggande af metreurynter; detta för att sedan lättare kunna ställa den föregående, eventuellt undanträngda fosterdelen rätt igen. Vid placenta prævia, där metreurysemetoden på en del kliniker fått rätt stor användning, äro meningarna delade; under det somliga (Dührssen, Küstner m. fl.) principiellt spränga hinnorna eller genomborra placenta och lägga metreuryntern in i ägghålan, bibehåller andra (Martin, Ahlfeld m. fl.) hinnorna hela och placera ballongen mellan placenta och uterusväggen. Det förra tillvägagångssättet synes mig riktigast, enär man på detta sätt bäst stillar blödningen, hvilket ju är viktigast vid behandlingen af plac. præv. Visserligen kan det ju då vid plac. præv. centr. hända, att så stora placentarkärl läderas, att fostret därigenom aflider; men prognosen för fostret i dylika fall är à priori mycket dålig och

torde väl ej kunna förbättras genom att placera metreuryntern mellan placenta och uterusväggen, enär då en utbredd aflossning af placenta måste blifva följden och sålunda äfven här fostret kväfvas. Att hæmostasen blir effektivare genom att lägga ballongen in i ägghålan inses ju utan vidare; prognosen *för modern* måste alltså då te sig gynnsamma och därför detta sätt föredragas.

Bland *olägenheter*, som vidlåda metreuryntermetoden, är främst att nämna infektionsfaran. Då ballongen såsom en främmande kropp utifrån föres upp i cervix och flera timmar blir liggande där, är det klart, att den lätt kan öfverföra infektiösa ämnen till de öppnade blod- och lymfbanorna; denna fara ökas genom den ofvan påpekade svårigheten att tillfredsställande sterilisera ballongen. Man måste därför noga kontrollera temperaturen vid användande af metreurysemetoden och genast aflägsna ballongen, om temp. stiger. Aflösandet af nedre äggpolen på ett ganska utbredt område är ock en olägenhet hos ballongmetoden, som gör faran för infektion större. En tredje olägenhet är undanträngandet af föregående fosterdel af den införda ballongen, hvilket har till följd att spontana förlossningar i kronbjudning bli mycket sällsynta; så godt som i regel får man nämligen afsluta förlossningen med vändning och extraktion, ett ingrepp, som ju alltid innebär större fara för fostret än förlossning i kronbjudning.

Vid vaginal infektion hos modern t. ex. gonorrhé är metreuryse-metoden kontraindicerad.

Trots dessa olägenheter är dock metreurynter-metoden mycket användbar i alla de fall, där det gäller att endast påskynda, ej att skyndsamt afsluta förlossningen, där det alltså är fråga om att framkalla värkar eller förstärka redan befintliga. Man får sålunda en skonsam och så nära som möjligt fysiologisk utvidgning af mm. Den Braunska, elastiska ballongen ha vi i talrika fall användt å Malmö sjukhus. Resultatet har i regel varit tillfredsställande; den bästa effekten ha vi uppnått genom att på ofvanbeskrifvet sätt anbringa en konstant (ej stor) dragning i ballongen. Ett särskildt belysande exempel härpå ha vi helt nyligen haft, hvilket jag ber att i korthet få meddela:

1907. $^{15}/_{7}$—$^{30}/_{7}$. 32-årig 0-para, som alltid lidit af dysmenorrhoiska besvär, hvilka växlat något vid olika regleringstillfällen. Pat. hade från ett par håll tillrådts op. för hypertrofi och elongation af cervix uteri och var just i begrepp att underkasta sig dylik op., då hon blef gravid. — Sedan kraftiga värkar hållit på sedan kl. 1 på natten, gaf inre undersökning den $^{15}/_{7}$ kl. 4 e. m. till resultat: ej utplånad cervix,

mm. genomsläpper ej 1 finger, hinnor hela, hufvudet något fixeradt. Kl. 5 e. m. 1 1/2 ctgm Mõ på grund af pinvärkar o. oro. Härefter ett par timmars sömn. Kl. 1/2 10 e. m.: mm. genomsläpper 1 finger, cervix ej fullt utplånad, hinnor hela. — Brauns ballong inlägges intrauterint med anbringande af konstant dragning = 1/2 kg. Kl. 11.30 e. m. framföddes ballongen. Kl. 11.45 e. m.: mm. nästan utplånad; hinnorna spränges. Hufvudet i bäckeningången, något fixeradt. Då uttänjningen af nedre uterinsegmentet blef oroväckande stark, lades kl. 1.15 f. m. 16/7 axeldragningstång å hufvudet, som då stod ung. i bäckenmidten med pilsömmen i snedvidd. Extraxtion lätt. Dubbelsidig episiotomi. Vid inställande af mm. med speculum efteråt syntes såväl främre som bakre mm.-läpparna starkt cyanotiska, nästan svarta; vid hvardera sidan en mindre bristning i randen; ingen blödning härifrån; syddes ej. Foster 3,850 g. Placenta kom spontant.

På två timmar lyckades det alltså i detta fall med metreuryse vidga det ovanligt rigida cervixpartiet hos en 32-årig primipara, så att förlossningen utan vidare hinder kunde afslutas med tång en stund senare. Bristningarna i cervix äro naturligtvis att tillskrifva tångextraktionen och ej metreurynter-metoden. De voro för öfrigt så obetydliga, att de ej ha någon praktisk betydelse.

2. *Utvidgning medelst nedhämtande af fot.* Detta sätt förekommer ju hufvudsakligen efter Braxton-Hicks vändning vid placenta prævia, men är äfven mycket lämpligt att använda vid åtskilliga andra tillfällen t. ex. vid tvärläge med för tidig hinnbristning, nafvelsträngsframfall, eklampsie etc., i dessa senare fall särskildt lämpligt att använda, om fostret redan ligger i sätesbjudning och det alltså i regel är lätt att hämta ner en fot. Med den nedhämtade foten neddrages sätet i undre uterinsegmentet och verkar här hufvudsakligen värkutlösande liksom metreuryntern; dessutom verkar låret, som ju uppåt mer och mer tilltager i omfång, mekaniskt dilaterande på mm. Genom lätt dragning i foten kan man förstärka effekten, särskildt den mekaniska delen däraf.

Vid behandling af placenta prævia står denna metod att vidga mm. fortfarande utan egentlig medtäflare. Visserligen har det från ett par håll föreslagits att i stället använda intrauterin ballong, men resultatet för moder och barn har därigenom ej förbättrats så mycket, att förslaget vunnit någon allmännare efterföljd.

II. **Mekaniskt verkande metoder.**

Utvidgningen af mm. försiggår här hufvudsakligen genom rent mekanisk tänjning af väfnaderna, till någon del understödd af de framkallade värkarna. Till denna grupp hör 1) den manuella metoden enl. Harris-Bonnaire och 2) utvidgning med metallinstrument (Bossi, Tarnier m. fl.)

1. *Den manuella metoden.* Denna metod består däri, att man med ena eller båda händernas fingrar söker få mm. vid nog för att tillåta fostret passera. *Harris* går till väga så, att han inför först ena handens pekfinger i mm., därefter tummen och så småningom det ena fingret efter det andra, tills han med hela ena handen kommer genom collum och på sätt gör den tillräckligt vid för fostrets passage.

Bonnaire's teknik är någon olika. Han inför nämligen först ena handens pekfinger, därefter småningom andra handens pekfinger, båda med ryggsidorna mot hvarandra högt upp i collum förbi inre mm., som nu tänjes därigenom, att fingrarna dragas i sär. Därefter komma tredje fingrarna från båda händerna till och så fortsättes tänjningen vidare, tills mm. är fullständigt vidgad.

Här behöfs alltid narkos och en assistent, som ofvanifrån trycker mot på corpus uteri. En fördel hos metoden är att den ej fordrar något särskildt instrument, men såsom nackdelar af den är att framhålla infektionsfaran genom att under hela tiden op. varar ($^1/_2$—1 timme el. längre) ha de alltid ofullkomligt steriliserbara fingrarna i intim beröring med mm. och de där öppnade blod- och lymfbanorna (infektionsfallen äro också ovanligt talrika efter denna metod); vidare medföljer inertia uteri, som har till följd att efterbörden måste aflägsnas artificiellt för att man skall kunna behärska efterblödningen. Snart inträder också trötthet i fingrarna, så att man ej längre kan arbeta lugnt och noga afväga den utvidgande kraften; härigenom uppkomma slitningar och ojämna dragningar, som lätt medföra bristningar i cervix.

Det synes som om olägenheterna och farorna med denna metod voro de öfvervägande, hvarför den i det stora hela vunnit bra litet förtroende.

I följande fall har Bonnaire's metod användts här å sjukhuset.

1907. $^{26}/_6$—$^5/_7$. 24-årig kvinna, som förut haft en abort i 3:dje mån. Ingen föreg. partus. Sista menstruationen i midten af febr. 07. Sista 14 dagarna sparsam blödning ur underlifvet; ändå gått uppe. Den $^{25}/_6$ rikligare blödning samt smärtor i magen. Ink. den $^{26}/_6$. Uterus når en tvärhand ofvan

symfysen. Cervix utplånad; mm. öppen för godt och väl ett finger med ganska rigida kanter. Därinnanför kännes ägget med hela hinnor. Dessa sprängdes med en tång, hvarvid nafvelsträngen föll fram. Två fingrar af ena handen fördes långsamt dilaterande upp genom mm., en fot nedhämtades och fosterkroppen drogs långsamt ut. Mm snördes ihop om hufvudet; någon traktion i fostret kunde på grund af dettas skörhet ej utöfvas. Den hopsnörda mm. vidgades nu enligt Bonnaire i några minuter, hvarefter hufvudet lätt framskaffades. Placenta löstes manuelt. En mindre bristning i mm. åt höger, som ej syddes; ingen blödning därifrån. Reaktionsfritt förlopp efteråt.

Vid en abort i 4—5 mån., som det ju här var fråga om, är det som regel olämpligt att använda mekanisk dilatation på grund af den ännu otullständiga uppluckringen af cervixpartiet. Men i den ofvanbeskrifna situationen, där det gällde att endast obetydligt öka utvidgningen af mm. för att utskaffa fostret helt, kan ett försök därmed vara tillåtet. I en sådan situation är då Bonnaire's metod också den lämpligaste, hvarför den kan vara värd att minnas.

2. *Utvidgning med metallinstrument.* Att utvidga mm. med metalldilatatorer är ingen ny idé. Redan i gamla tider användes dylika dilatatorer, äfven Mauriceau, Osiander, B. Schulze m. fl. ha i nyare tider gjort bruk af dylika instrument. Tarnier's »écarteur utérin», som konstruerades i slutet af 1880-talet, användes fortfarande mycket, hufvudsakligen dock i Frankrike; men äfven på enstaka andra ställen t. ex. å Heinricius' klinik i Helsingfors. Orsaken till att metoden ändå vanligen kallas *Bossi-metoden*, då Bossi som bekant först på internationella kongressen i Berlin 1890 gjorde sitt första meddelande härom, är den, att han sedan oaflåtligt arbetat på att förbättra instrument och teknik samt på stort material visat metodens användbarhet. Bossi är alltså den som lyckats gifva metoden en säker plats inom den moderna obstetriken.

Utom Bossi's originalinstrument, som har 4 armar, finnes i den synnerligen rika litteraturen öfver detta ämne angifna en stor mängd mer eller mindre lyckade modifikationer däraf. De bästa anses vara Bossi's originalinstrument samt modifikationerna af de Seigneux och Krull. Utom det att ett instrument är lätt att sterilisera, lätt att rengöra och lätt att handtera etc., är det mycket viktigt, att detsamma har bäckenkrökning, så att det kan föras i bäckenaxelns riktning, samt att det har tillräckligt långa branscher. Det är nämligen tydligt, att, om man med ett rakt instrument alldeles oafsedt branschernas antal söker vidga en tämligen högt stående cervix, som i regeln står i den

något böjda bäckenaxelns riktning, de bakre branscherna vid uppskrufningen ha stor benägenhet att så småningom glida utanför inre mm. och då lätt måste orsaka bristningar i cervix.

Ett mycket godt instrument är också den modifikation (af Walchers? dilatator), som Stille i Stockholm fört i marknaden[1]. Detta instrument, som är lätt att sterilisera genom kokning, har 8 armar med bäckenkrökning; armarna kunna tagas af i och för rengöring (isärtagandet af instrumentet är dock tämligen kompliceradt) och kunna användas i så stort antal man önskar 4—6—7—8. De drifvas i sär af en skrufinrättning, som står i förbindelse med en skala, i hvilken man kan afläsa diametern i den cirkel branscherna bilda med hvarandra d. v. s. direkt i cm. afläsa mm:s vidd. Å spetsarna äro armarna försedda med aftagbara manschetter, som vid behof kunna utelämnas. I regel har man dem på för att hindra instrumentet att glida utanför mm.

Det är mycket viktigt att noga i detalj känna till *tekniken*, ty det kommer mycket mera an på *hur* man använder instrumentet än *hvilket* instrument man använder. Äfven med det bästa och fullkomligaste instrument kan man genom tekniska felgrepp åstadkomma stor skada. Man bör komma ihåg, att Bossi-metoden har en hufvudsakligen rent mekaniskt dilaterande inverkan å mm. Innan man börjar dilatationen, har man alltså att noga akta på mm:s resp. cervix' anatomiska förhållanden. Utom vidden af den förra och utplåningsgraden af den senare komma talrika individuella förhållanden i betraktande; bland dem förtjänar särskildt framhållas spasmus, rigiditet af mm., ärr, efter föregående bristningar eller operationer, ringa serös genomdränkning och bristande uppluckring af cervikalväfnaden. Vidare måste man taga hänsyn till pat:s ålder, antal föregående förlossningar, tidpunkten i graviditeten m. m. Alla dessa omständigheter äro synnerligen viktiga såsom måttstock för, hur fort dilatationen kan och bör försiggå, om man vid öfvervägande af allt detta anser Bossi-metoden öfverhufvudtaget böra komma ifråga i det konkreta fallet.

Pat. placeras med något höjdt bäcken på kortbädd. Narkos är ej nödvändig. Instrumentet införes under ledning af vänstra handens 2 fingrar, utan användande af speculum eller haktång, i vagina och föres upp i mm. resp. cervix, *under det instrumentet starkt sänkes mot perineum* för att komma i bäckenaxelns riktning. Om värkar redan finnas för handen, sker införandet under värkpaus. Strax efter införandet börjar man med ut-

---

[1] Stilles instrument kostar 35 kr, alla andra äro betydligt dyrare; Bossis orginalinstrument t. ex. kostar c:a 80 mk.

vidgningen ända till måttlig spänning af mm. Själffallet måste man noga tillse, att alla branscherna befinna sig i mm. samt att de vid bibehållen portio införts med hela ändstycket i cervix, så att spetsarna räcka ofvanför inre mm. Skulle det nedpressade hufvudet bereda svårigheter för införandet af branscherna, råder Bossi, att i värkpaus försiktigt söka skjuta hufvudet något uppåt. Keyserlingk anser det af vikt, att främre och bakre mm:s-läpparna hela tiden hållas fasthakade, för att hindra dem att glida tillbaka öfver instrumentets branscher.

Själfva dilatationen d. v. s. isärskrufvandet af branscherna bör försiggå *endast under värkpaus* och pat. tillsägas att ej själf pressa på. Mellan hvarje vridning på skrufven bör man låta komma 2 à 3 uteruskontraktioner, hvilka som regel uppstå under dilatationen, om de också ej funnos förut. Man vrider alltså skrufven $^1/_4$—$^1/_2$ hvarf ikring, inväntar 2 à 3 värkar och vrider så på nytt. Den förnämsta grundsatsen är *att hellre göra många och små vridningar än få och stora;* en grads dilatation bör som regel taga en tid af 5 min. Bossi anser att dilatationen bör variera mellan 20 à 30 min—1$^1/_2$ tim. Gottschalk har föreslagit, att så snart n:o 3 på skalan uppnåtts, vrida hela instrumentet om sin längdaxel en liten vinkel. Därigenom öfverflyttas de enskilda branschernas tryck på nya ställen. Denna vridning upprepas för hvarje ny 1$^1/_2$ ctm. på skalan. Man bör dilatera så mycket, att mm. blir något vidare än som obetingadt erfordras för fostrets framskaffande, enär vid strama mjukdelar dels branscherna fjädra sig något litet, c. 1 ctm. beroende på instrumentets konstruktion dels mm. själf har benägenhet att något sammandraga sig efter instrumentets aflägsnande. För ett fullgånget foster bör instrumentet skrufvas upp till 10 à 11 å skalan.

Den bekanta obstetriska erfarenhetssatsen, »om det under en förlossnings-op. plötsligt går påfallande lätt och fort, då är något sönder», gäller här mera än någon annorstädes. Detta behöfver särskildt påpekas därför, att detta fenomen ofta är det första tecknet till en början bristning; på grund af trycket på mm:sränderna uppträder blödning nämligen ej genast, ja, det är ej ovanligt, att t. o. m. stora bristningar ej blöda alls eller utomordentligt litet.

Aflägsnandet af instrumentet efter tillräcklig utvidgning sker lätt genom att skrufva det tillbaka och långsamt vrida ut det under samtidig dragning.

Bossi-metoden användes ju som regel för att därefter raskt kunna afsluta förlossningen; man ansluter alltså i allmänhet till dilatationen en förlossningsoperation och inväntar endast i

undantagsfall spontanförlossning. Bäst fullbordas förlossningen med tång; och då väl nästan alltid hufvudet står ganska högt, är axeldragningstång härvid särskildt att rekommendera. Skulle det af en eller annan anledning i ett särskildt fall bättre lämpa sig med extraktion på fot med eller utan föregående vändning, bör man *genast* företaga denna operation efter instrumentets aflägsnande och alltid komma ihåg, att risken för fostret i detta fall blir större, enär mm. kan sammandraga sig om fostrets hals och vålla stora svårigheter vid framskaffandet af hufvudet. Tångförlossningen kan göras hur långsamt man vill under samtidigt dilaterande af mm:sranden; extraktionen på fot måste däremot gå fort för att ej utsätta fostret för onödigt stor fara.

(Forts.)

Svenska Stadsläkarföreningen.

På grund af läkartidningens under senaste månader hårdt anlitade utrymme fördröjdes införandet af D:r Sjögrens i juni insända meddelande angående föreningen, hvarför föreningens sekreterare beredts tillfälle få lämna nedanstående upplysningar från föreningens möte i Sundsvall d. 9 sistl. juli.

Vid detta möte förekom följande af mera vikt: af styrelsens redogörelse, omfattande tiden från föreningens bildande till d. 1 juli 1907, framgick bl. a., att medlemsantalet fortfarande öfversteg 100; att arkivet mottagit 31 låneansökningar, af hvilka 27 kunnat beviljas, samt att arkivet sålunda bevisligen visat sig fylla ett verkligt behof, hvarför man förväntar kamraternas medverkan för dess tillväxt och förkofran. Kassatillgången utgjorde d. 30 juni 1907 kr. 322: 96. Föreningen beslöt tillsätta en kommitté för att till nästa ordin. möte inkomma med förslag till ändrade bestämmelser beträffande stads- och stadsdistriktsläkares tillsättning, aflöning och pensionering. Till kommittéledamöter valdes O. Sundelius, V. Sjögren, A. H. Chistenson, G. Sundberg och N. Sjöberg. Det föreliggande förslaget till normalinstruktion behandlades och godkändes med vissa ändringar. Åt nämnda kommitté uppdrogs att tillsammans med styrelsen ytterligare granska detsamma och vidtaga åtgärder för att tillförsäkra det möjligt största effektivitet. Årsafgiften bestämdes till 3 kr. Revisionsberättelsen föredrogs och styrelsen erhöll ansvarsfrihet. Arkivets vård uppdrogs åt föreningens nyvalde bibliotekarie D:r V. Sjögren. Till styrelse omvaldes: O. Sundelius, ordf., V. Sjögren, sekret., A. Forn-

mark, A. H. Christenson, R. von Post. Till suppl. omvaldes E. Bolin och I. Brandberg samt nyvaldes N. Sjöberg.

Nästa möte skall hållas i samband med nästa allm. sv. läkarmöte. Sektionens tryck kommer att under innevarande höst tillställas föreningens medlemmar.

Vilhelm Sjögren.

Hvarjehanda notiser.

Meddelande om kongress. *Den andra internationella kongressen för Fysioterapi i Rom nästkommande 13—16 oktober* är helt visst värd att beaktas.

Den fysikaliska therapien går framåt med stormsteg — särskildt gäller detta för elektrotherapien. Redan 1902, då jag hade i uppdrag att till mina kamrater i Sverige sprida cirkulären till den förra internationella kongressen för medicinsk elektrologi och radiologi i Bern, tillät jag mig påpeka att det för oss läkare var af stor vikt att ställa oss i spetsen för dessa moderna behandlingsmetoder i stället för att negligera eller rent af bekämpa dem. De innehålla allt för mycket godt för att i längden kunna hållas tillbaka. Taga vi ej själfva saken om hand, komma kvacksalfvare att uttränga oss på detta område; och detta ej alldeles utan skäl.

Min vädjan gick då på det hela taget spårlöst förbi. Jag upprepar den nu, efter 5 år, ännu allvarligare.

Men är sålunda kongressen redan för sin egen skull väl värd att besökas, erbjuder den dessutom för oss svenskar ett ej allt för ofta återkommande tillfälle att få för en relativt ringa kostnad ganska grundligt bese Italien.

Italienska regeringen har nämligen beviljat medlemmarne af kongressen jämte deras damer och andra familjemedlemmar stora nedsättningar af priset för resor såväl på halfön som på öarna.

Organisationskommittén äger rättighet att till en hvar, som blifvit inskrifven som medlem, lämna en kupongbok à 20 kuponger, af hvilka hvar och en berättigar till en resa med 60 procent rabatt på de italienska järnvägarne.

Bolagen Società veneziana di navigazione a vapore, La Veloce, Lloyd italiano och Navigazione generale italiana hafva också medgifvit reduktioner af 30—50 proc. å sina vanliga taxor.

De nedsatta biljettprisen gälla ända till midten af november.

Äfven andra land torde möjligen bevilja rabatt för kongressmedlemmarne vid deras genomresa. Vår egen järnvägsstyrelse har på grund af den billiga zontariffen ej ansett sig kunna medgifva någon rabatt, men resan genom Sverige är ju också den minsta sträckan.

En mängd af våra mest kända forskare skall vid detta tillfälle samlas till Rom: exempelvis v. Leyden, Hoffa, Ewald, Senator, Strympell från Tyskland; v. Noorden, v. Jaksch, Rokitansky från Österrike; Lewis-Jones, Butcher från England; Bochard, Béolère, Bergonié, d'Arsonval, från Frankrike; Kitasato från Japan; Baccelli, Maragliano från Italien.

Men hvad som dessutom bestämt italienska regeringen att utlämna de omnämnda kupongböckerna har varit tanken att gifva medlemmarna, i synnerhet de utländska, lättare tillfälle att besöka de italienska bad- och kurorterna.

Vid sidan om kongressen kommer äfven att anordnas en specialutställning af apparater afsedda för fysikalisk therapi, d. v. s. elektricitetsbehandling, Röntgen- och ljusbehandling, medicinsk gymnastik och ortopedi, bad etc. — På samma gång exponeras hygieniska näringsmedel, naturliga mineralvatten m. m. För öfrigt erhållas ritningar, fotografier och beskrifningar öfver bad- och kurorter.

Men äfven för de kolleger, som ej få tillfälle att bevista kongressen, kan det vara fördelaktigt att låta inskrifva sig som medlemmar, i det de ju alltid hafva i behåll de vidlyftiga förhandlingarne. Dessa komma helt säkert att gifva en god uppfattning om medicinens nuvarande ståndpunkt på detta viktiga och nu så flitigt odlade område.

Afgiften kan insändas till undertecknad, som äfven meddelar närmare upplysningar.

Thor Stenbeck
sekr. för Sverige.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Bitr. läk.-befattn. vid Göteborgs Epidemisjukhus (ledigförklarad på grund af ny tjänsteperiod); ansökan till Hälsovårdsnämnden. Tillträde 1 okt.	1 sept.
En marinläk.-tj. af 1:sta graden vid marinläkarkåren (ansökan ställd till Konungen ingifves till marinöfverläkaren, marinförvaltningen)	6 sept.
Extra prov.-läk.-tj:n i Los distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	9 sept.
En marinläk.-tj. af 2:a graden (ansökan, ställd till Konungen, inl. hos marinöfverläkaren)	11 sept.
Las.-underläk.-tj:n i Visby[3]) (löneförmåner: 2,400 kr. jämte fri bostad och kost)	11 sept.
Las.-läk.-tj:n i Vänersborg[1]) (löneförmåner: 4,000 kr. jämte fri bostad och vedbrand)	12 sept.
Extra prov.-läk.-tj:n i Näskotts distr. (ledigförklarad för tiden t. o. m. 1909; distr. omfattar Näskotts och Alsen socknar af Jämtlands län med läk.-station inom den förra; invånarantal 3,587 1 jan. 06; löneförmåner: 1,500 kr. jämte fri bostad; sökes hos läk.-styrelsen, adr. Alsen)	12 sept.
Biträd. läk.-tj:n vid epid.-sjukhuset i Uppsala (tillträdes 1 okt.; löneförmåner: 1,800 kr. jämte fri bostad och kost; sökes hos sjukhusets styrelse, adr. borgmästaren Radhe, Uppsala)	15 sept.
Bitr. läk.-befattn. vid Epidemisjukhuset i Uppsala (se vidare annons i dagens n:r)	15 sept.
Prov.-läk.-tj:n i Åsele distr.[1])	16 sept.
Prov.-läk.-tj:n i Norrtälje distr.[1])	16 sept.

Extra prov.-läk.-tj:n i Tranås distr. (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod; se annons i dagens n:r)	17 sept.
Las.-läk.-tj:n i Luleå[1]) (löneförmåner sammanlagdt 4,250 kr.)	20 sept.
Extra prov.-läk.-tj:n i Tjörns distr.[2]) (ledigförklarad för tiden t. o. m. 1911; distr. omfattar Stenkyrka, Valla, Klöfvedals, Rönnängs och Klädesholmens socknar af Göteborgs och Bohuslän med 10,000 invånare den 1 jan. 05; läkarstation och apotek vid Lilldal i Stenkyrka socken; lön 3,000 kr.)	21 sept.
Extra prov.-läk.-tj:n i Indalslidens distr.[2]) ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	23 sept.

Lediga resestipendier:

Riksstatens större resestip. för civila läkare å 2,000 kr.[1])	30 sept.
Riksstatens mindre resestip. f. civila läkare å 1,500 kr.[1])	30 sept.

Lediga apoteksinrättningar:

Nya medikamentsförrådet i Ullared[2])	2 sept.

Af Med.-styr:n utnämnda och förordnade:

Till las.-underläk.-tj:n i Falun (tre år fr. 19 aug.): lic. *F. Gernandt.*
Till las.-underläk. i Lidköping (ett år fr. 19 aug.): bat.-läk. *K. Rosén.*

Af Med.-styr:n afgifna förord till apoteksprivilegier:

Till *nya apoteket i Billingfors:* ex. ap. C. Lundblad (af ap.-soc:ns dir:n föreslagna: C. Lundblad, F. G. von Wachenfeldt, G. A. Helmer).
Till *apoteket i Hörby:* ex. ap. P. M. Rönnmark (af ap.-soc:ns dir:n föreslagna: P. M. Rönnmark, R. A. Indebetou, P. G. Lundberg).

Sökande:

Till *extra prov.-läk.-tj:n i Västra Vrams distr.:* lic:rna G. Alling, G. Heyman, O. F. Nyqvist och V. Sterner.
Till *en bat.-läk.-tj. v. Norra Skånska inf:reg:tet:* (i ordn. efter tj:år): bat.-läkarna Hederström (södra sk. inf.:reg:tet) och Ask (Västg. r:te).
Till *en bat.-läk.-tj. v. Gottlands inf.-r:te:* fältl.-stip. Wirde.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *J. Konow* t. f. ex. prov.-läk. i Löberöds distr. 23 aug.—27 sept. (t).
Lic. *Y. Ekvall* t. f. stadsläk. i Laholm 28 aug.—8 nov. (t).
Lic. *O. Mossberg* t. f. stadsdistr.-läk. i Örebro 28 aug.—27 sept. (t).
Lic. *A. Ternell* t. f. ex. prov.-läk. i Särna distr. 23 aug.—8 sept. (t).
Kand. *K. E. Andersson* t. f. ex. prov.-läk. i Fjellbacka distr. 30 aug.—13 sept. (t).
Lic. *F. Hæffner* t. f. prov.-läk. i Ronneby distr. 25 aug.—23 sept. (s).
Fältl.-stip. *Ranström* ex. läk. v. Smålands art.-r:te 23 aug.—28 sept.
Stadsdistr.-läk. *C. Thunström* t. f. prov.-läk. i Eskilstuna 28—31 aug. (v).
Lic. *K. Linder* t. f. prov.-läk. i Daga distr. 4 okt.—14 nov. (s).
Lic. *E. Elmqvist* t. f. 2:dre stadsläk. i Borås 21 aug.—27 sept. (t).
Lic. *K. Lindeberg* t. f. stadsläk. i Karlshamn 1—30 sept. (t).
Kand. *J. Brahme* t. f. aman. v. Lunds hospital 1 okt.—31 dec. (t).
Kand. *M. Lundblad* t. f. underläk. v. Uppsala asyl 1—30 sept. (t).
Kand. *T. Ohlsson* t. f. bitr. läk. v. Uppsala asyl 1—30 sept. (t).

--- --- -

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 6 september 1907.

4:e årg. | Redaktion: Knut Kjellberg och Hjalmar Forssner. | N:o 36.

Innehåll: Otto Gröné: Om artificiell utvidgning af modermunnen vid förlossning. — Studiebesök af tyska läkare. — Angående provinsialläkarnes pensionering. — Förslaget till ändring af läkaretaxan. — Offentliga underrättelser. — Epidemiöfversikt.

Om artificiell utvidgning af modermunnen vid förlossning.

Af

Otto Gröné, Malmö.

(Forts. och slut fr. n:r 35).

Den enda *fara eller olägenhet*, som vidlåder Bossi-metoden är risken för djupare bristningar i mm. eller cervix. Denna risk synes dock vara ganska ringa, om man går tillväga med god teknik, hvartill bland annat hör försiktighet, lugn och tålamod, och med stränga indikationer d. v. s. utväljande af för metoden lämpliga fall samt slutligen med riktigt val och riktigt utförande af den efterföljande förlossningsoperationen. Från Bossis egen klinik och likaledes från Leopolds klinik finner man publicerade hela serier af flera hundratals fall, där metoden användts med mycket tillfredsställande resultat. Från Leopolds klinik, där jag haft tillfälle se metoden användas, sammanfattar man sitt omdöme på följande sätt: Vid utplånad portio har *aldrig* någon bristning af betydligare djup uppkommit d. v. s. aldrig någon bristning, som fordrat mer än 1—2 suturer och i 75 % ingen bristning alls (principiellt inställer man här efter hvarje operativ förlossning mm. i speculum och hvarje bristning, äfven de allra minsta sutureras för att minska infektionsfaran); om man däremot användt metoden vid vulstig eller helt bibehållen portio, så ha oftare bristningar uppkommit, hvilka dock ej varit större

än de mycket ofta iakttagna bristningarna vid andra förlossningsoperationer.

Å andra sidan finnes publicerade en hel rad svåra, dock inga dödande læsioner, som otvifvelaktigt måste ställas i samband med användande af metalldilatatorer. I de flesta fall torde dock dessa læsioner få tillskrifvas ett olämpligt förfaringssätt. Antingen har olämpligt instrument användts, som t. ex. saknat bäckenkrökning eller har bristande teknik, bryskt förfarande och bristande tålamod burit skulden. Ett ej ringa antal cervixbristningar ha utan tvifvel ej uppstått genom dilatationen utan äro att sätta i samband med olämpligt val eller oriktigt utförande af efterföljande förlossningsoperation. Det bör också framhållas, att man vid genomgående af litteraturen finner de ogynnsamma fallen publicerade från håll, där man endast användt metoden enstaka eller ett mindre antal gånger och sålunda förvärfvat mindre öfning och erfarenhet, under det man ser att man på kliniker, där man under lång tid samlat en rik erfarenhet, kommit till mycket tillfredsställande resultat.

Att Bossi-metoden skulle ha ett ogynnsamt inflytande på puerperiet på grund af den större infektionsfaran, som skulle vara förbunden med större och mindre læsioner (Quetschungen och Quetschwunden) i mm., hvilket af ett par författare framhållits, visar sig ej vara fallet, om man tar hänsyn till serier af fall. Dresdener klinikens erfarenhet är i detta afseende följande: i intet enda fall har den mekaniska dilatationen enligt Bossi medfört någon nämnvärd komplikation i puerperiet.

Icke heller synas några obehag såsom ektropium, parametrit e. d. senare göra sig gällande efter Bossi-metoden såsom v. Bardeleben funnit i några af honom senare undersökta fall. Lichtenstein har nämligen gjort efterundersökning på Dresdener materialet och kommit till det resultat, att ingen enda med Bossi-metoden behandlad kvinna hade haft någon som helst skada efteråt, som kunde ställas i samband med de læsioner som hos en del därvid uppkommit. 5 af 18 efteråt undersökta hade senare genomgått förlossningar i hemmen utan några komplikationer.

En omständighet, som har mycket stor betydelse för dilatationens lyckliga utgång är utvidgningsgraden af halskanalen vid operationens början. Alla författare äro ense därom, att det är en väsentlig skillnad att använda Bossi-metoden vid bibehållen eller utplånad cervix, vid knappt eller redan till hälften vidgad yttre mm. Leopold, som är den ifrigaste förkämpen i Tyskland för denna metod, anser att för ett ofarligt användande af metalldilatator fordras en viss grad af utplåning

af collum, att alltså några om ock små värkar bör ha föregått. Andra författare fordra obetingadt fullständig utplåning af portio för dilatatorns användande.

Vid utplånad portio handlar det väsentligen om en utvidgning af mm:s-randen, d. v. s. de delar, som motsvara den förutvarande yttre mm., de högre liggande delarna af cervix ända upp till inre mm. ha då genom det föregående förlossningsarbetets retraherande verkan dragit sig uppåt. Däraf följer, att bristningar, som uppkomma härvid, hålla sig begränsade till yttre mm. och ej visa någon benägenhet att fortsätta sig högre upp.

Om däremot portio ännu är helt eller delvis oförkortad, är förhållandet annorlunda. Ty här måste utom den mer eller mindre bibehållna cervikalkanalen i synnerhet den ibland mycket strama inre mm. dilateras, hvilken är försedd med breda skickt kraftig ringmuskulatur. Härtill måste naturligtvis ojämförligt mycket större kraft användas. Uppstå här bristningar, så träffas alltså företrädesvis dessa högre belägna och viktigare väfnadspartier, som motsvara inre mm.; i dessa trakter gå ock stora grenar af aa. och vv. uterinæ, hvarför djupare bristningar kunna ha mycket ödesdigra följder. En fullständig utplåning af cervix, som endast kan åstadkommas af långvariga och kraftiga uterinkontraktioner, inträder icke, äfven om en viss förkortning kommer till stånd. Af allt detta följer, att man vid bibehållen cervix bör vara mycket sträng med sina indikationer att använda dilatation enligt Bossi.

En annan omständighet, som spelar stor roll för dilatationens användande, är den tidpunkt i graviditeten, då ingreppet företages. Bossi själf framhåller såsom ett bestämdt företräde hos sin metod, att den kan användas på hvarje tidpunkt af graviditeten, äfven i de tidigare stadierna hos förstföderskor. Emellertid måste man, särskildt i första hälften af graviditeten, gå fram mycket försiktigt; ty hypertrofien af portio uppnår först i midten af graviditeten sin höjdpunkt och den serösa genomdränkningen af cervikalväfnaden sitt maximum först i slutet af graviditeten, så att alltså ansvällningen och uppluckringen af portio fortskrider med graviditeten och vid slutet blir störst; då är det följaktligen den gynnsammaste tidpunkten att använda Bossis metod. I all synnerhet bör man i detta hänseende vara försiktig då det gäller förstföderskor, hos hvilka cervix aldrig förut varit utvidgad.

Såsom *kontraindikationer* för användande af Bossi-metoden äro att framhålla placenta prævia och svåligt ärrig mm. efter föregående cervixbristningar. Visserligen använder Bossi själf och förordar sin metod äfven vid placenta prævia. Däri har

han dock ej lyckats skaffa sig några efterföljare, ej ens bland de lifligaste beundrarne af metoden. Det är ju tillräckligt att påpeka skörheten och de betydligt utvecklade kärlen i nedre uterinsegmentet vid plac. præv. för att hvar och en skall inse den stora risken att här använda forcerad dilatation. Det är ju f. ö. fullständigt irrationelt att vid plæc.-prav. gripa till Bossimetoden, ty det finns ingen indikation att hastigt afsluta förlossningen utan endast att stilla blödningen; och detta sker bättre genom Braxton Hicks vändning eller ev. metreurynter.

Jag ber här att få meddela korta utdrag ur journalen öfver de fall, i hvilka vi å Malmö Allm. Sjukhus användt dilatation enl. Bossi. I följande fall af — *eklampsie.*

Fall 1. 1903 $^{25}/_{10}$. 24-årig o-para. Under 7—8 graviditetsmånaden fick pat. plötsligt eklampsie och försjönk strax i djup koma. Uterus når 2—3 tvärfinger ofvan nafveln. Cervix bibehållen, ett finger kan pressas in i cervikalkanalen; det omfattas mycket hårdt. Med Frommers uterusdilatator utvidgas cervix på c. 20 min. till 9 ctm. diameter. Ingen narkos, enär pat. låg i så djup koma, att hon ej reagerade. Tång + dubbelsidig episiotomi. Fostret dödt 1,400 gr. 36 ctm. inga sympton af cervixruptur vid el. efter op. Pat. dog c. 7 tim. efter op. i tilltagande koma. Vid sektionen konstaterades en $1^1/_2$ ctm. lång bristning i cervix, hvilken fortsätter 3—4 ctm. ned i bakre vaginalväggens slemhinna. (Fallet är utförligt publiceradt i Hygiea 1904).

Fall 2. 1904 $^{12}/_4$—$^{27}/_4$ 25-årig o-para. I hemmet 2 eklamptiska anfall, efter hvilka pat. vaknade till fullt medvetande. Utdraget förlossningsarbete. Cervix utplånad, men mm. öppen för knappt 2 finger; hufvud vid spinæ; hinnor hela. Frommers dilatator i narkos; vid $3^1/_2$ ctm. spände sig kanterna. På 10 min. vidgning till 9 ctm. Hinnorna brusto under tiden. Tång + dubbelsidig episiotomi. Ingen cervixbristning. Lefvande foster 2,200 g., 41 ctm. Moder och barn utskrefvos båda friska.

Fall 3. 1904 $^6/_5$—$^{28}/_5$. 42-årig o-para. Ett typiskt eklamptiskt anfall; strax efteråt klar och redig. Cervix bibehållen, men släpper knappt igenom 1 finger; hufvudet fixeradt. Med Frommers dilatator, som infördes utan narkos först med 4 sedan med 8 branscher, vidgades till 4 $^1/_2$ ctm. under c. 15 min. Därefter inlades en Brauns gummiballong i uterus, värkar inställde sig genast; då de började aftaga, anbringades konstant dragning. Hufvudet, som från början var fixeradt, trängdes tillbaka af ballongen och blef åter rörligt. Då mm. utvidgats till 4 fingrars bredd och hade tunna kanter, aflägsnades metrenryntern och hinnorna sprängdes. Värkarna drefvo nu åter

ned hufvudet i bäckenet och förlossningen afslutades slutligen med låg tång. Inga nya anfall uppträdde under hela tiden. Ingen cervixruptur. Lefvande barn 3,200 gm 49 ctm. I puerperiet 2 anfall på 4:de och 5:te dagen. Både moder och barn utskrefvos friska.

Fall 4. 1904 $^{7}/_{9}$—$^{21}/_{9}$. 31-årig III-para. 3 à 4 eklamptiska anfall. Cervix utplånad; mm. öppen för 2 finger. Hufvud rörligt ofvan bäckeningången. I narkos Frommers dilatator, med hvilka mm. utvidgas på 15 min. till 10 ctm diameter. Hinnsprängning, nedprässning af hufvudet. Tång, extraktion lätt. Ingen ruptur i mm. Lefvande barn 1,600 g. 39 ctm. 3 anfall efter förlossningen. Moder och barn utskrefvos friska.

I följande fall af — *Tbc. pulmon.* med *Hæmoptys:*

Fall 5. 1903 $^{1}/_{9}$—$^{21}/_{9}$40-. årig VII-para; inkom på sjukh. med redan påbörjadt förlossningsarbete. Buken kolossalt stor, tvillingar diagnotiserades. Midt under förlossningsarbetet fick pat. en lungblödning (hade flera ggr förut haft lungblödning). Cervix nu utplånad och mm. öppen för 2 finger. Med Frommers dilatator vidgades i narkos på 7 min. till 10 ctm. Första fostret, som låg i fot-sätesbjudning, extraherades med lätthet utan något motstånd från mm.-kanten. Uterus innehöll ytterligare 2 foster, som båda extraterades utan svårighet. Alla 3 fostren lefvande resp. 2,300 g. 42 ctm., 1900—43; 1900—42.5. Ingen cervixbristning. Pat. tillfrisknade och utskrefs fbd. med sina 3 barn. (Fallet finnes utförligt publiceradt i Hygiea 1904 tillsammans med fall 1).

I följande 3 fall vid inledande af — *partus præmaturus:*

Fall 6. 1904 $^{18}/_{2}$—$^{12}/_{2}$. P. p. på grund af Nephritis + Retinitis album. 32-årig VII-para. Frisk förut; 14 dagar före ink. till sjukh. sjuknade pat. med svår hufvudvärk, kräkningar samt svullnad kring ögonen. Vid ink. höggradig nephrit (8 $^{0}/_{00}$ alb.) + Retinitis album., S = fingerräkning på 1 m. afstånd. Mycket dåligt allmäntillstånd. Gravid i 6—7 mån. Sedan ett par dagar före ink. obetydlig blödning ur underlifvet; hade ock haft obetydliga värkar. Cervix i det närmaste utplånad, mm. öppen för knappt 2 fingrar. Med Frommers dilatator vidgades utan narkos till 5 ctm. på 10 min. Hinnsprängning. Då hufvudet ej var tångfattligt, gjordes vändning och extraktion; rätt stora svårigheter att framskaffa hufvudet, enär mm. drog sig tillsammans något. Ingen bristning i mm. Fostret dödt 760 gm 34 ctm. Pat. blef i början mycket bättre efter op.; alb.-halten nedgick till, 1 $^{0}/_{00}$p å 3:dje dagen. Pat. fick emellertid på 5:te dygnet en pneumonie. Nephriten försämrades nu åter och pat. aftynade småningom o. dog 3 veckor efter inkomsten.

Fall 7. 1905 $^{18}/_{9}$—$^{9}/_{11}$. P. p. på grund af Nephritis + Retinitis albuminurica. 35-årig o-para. Pat. op. i Febr. 1904 för högersidig brusten tubargraviditet. Ink. den 10. 9. 05 gravid i 5—6 mån. med sympton af nephrit ($3^{1}/_{2}$ $^{0}/_{00}$. alb.) samt begynnande retinitis alb. Då sängläge, diet etc. ej medförde någon förbättring, inleddes part. præm. Först tamponerades cervix med xeroformgas i 2 dagar. Inga värkar. Då pat. försämrades, dilaterades nu med Frommer utan narkos till $3^{1}/_{2}$ ctm; på grund af de rigida mjukdelarna, kunde dilatationen ej fortsättas så långt, att förlossningen kunde afslutas. Brauns ballong inlades i uterus (utan dragning). Följande dag fortfarande inga värkar. Då tp. nu steg till 38.1°, dilaterades ånyo med Frommer i narkos till 5 ctm. Då hufvudet ej var tångfattligt, nedhämtades en fot och fosterkroppen drogs långsamt o. lätt fram, tills hufvudet skulle passera mm.; denna drog sig då tillsammans om halsen och hufvudet framskaffades efter mycket besvär med klämtänger och kranioklast. Ingen bristning i cervix. Pat. förbättrades så småningom och utskrefs med sp. alb. 7 veckor senare.

Fall 8. 1907 $^{30}/_{5}$—$^{22}/_{6}$. P. p. på grund af pyelonephritis supp. dx. 31-årig 0-para. Gravid i 6—7 mån. Pat. hade sista tiden lidit af en högersidig, varig pyelonephrit, som ej alls bättrades genom vanlig exspektativ behandling, hvarför partus ansågs böra inledas. Först tamponad af cervix i 3 dagar utan några egentliga värkar; därefter Brauns ballong intrauterint (utan konstant dragning). Värkar från och till under $1^{1}/_{2}$ dygn. Cervix utplånad, mm. öppen för 2 finger. Då nu temp. steg till 38,9°, vidgades mm., som hade ganska tunna kanter, med Frommers dilatator i narkos. Efter c. 15 min. 6 cm:s diameter; nu brusto hinnorna och då fötterna voro föreliggande, nedkom ena foten i vagina. Denna fattades och fostret extraherades. Extraktionen lätt; mm.-randen erbjöd något motstånd för hufvudet, dock ej svårare. Fostret dödt, 1,075 gm. Ingen bristning i cervix. Pat. förbättrades småningom, afebril sedan 5:te dygnet; utskrefs väsentligen förbättrad 15 dygn efter op. för att fortsätta behandlingen i hemmet. Högra njuren, som vid ink. var betydligt förstorad och starkt ömmande, var vid utskrifningen nätt och jämnt palpabel och fullständigt oöm.

I alla dessa fall har samma instrument, näml. Frommers 8-armiga dilatator, användts. Oaktadt instrumentet saknar bäckenkrökning, har resultatet af dilatationen varit tillfredsställande. Infektion eller andra komplikationer i puerperiet ha ej förekommit i något fall. Endast i ett enda fall (Fall 1) uppstod en bristning i cervix, som fortsatte ned i vaginalslemhinnan. Här hade med de indikationer, som numera i allmänhet ställas

för Bossi-metoden, ej denna metod bort komma ifråga utan i stället vaginalt kejsarsnitt. Fallet opererades emellertid i nov. 1903, vid hvilken tid indikationerna för Bossi-metodens användande ej voro så fixerade som nu. De villkor, som man nu bör fordra uppfyllda, före bruket af dilatation enl. Bossi, äro följande: ***hos förstföderskor måste cervix vara fullständigt och hos omföderskor åtminstone till hälften utplånad för att Bossi-metoden skall få lof användas.***

Att döma af dessa få fall tyckes man med dilatation enl. Bossi kunna uppnå tillfredsställande resultat. Särskildt synes den framför öfriga metoder ha stort värde i privatpraktiken, där den är lika lätt och enkel att utföra som hvilken förlossningsoperation som helst.

III. Utvidgning af mm. genom blodig operation.

Genom ett blodigt ingrepp möjliggöres en snabb förlossning d. v. s. genom snitt med skarpa instrument skaffar man sig tillräcklig vidd af mm. för att per vias naturales afsluta förlossningen. Hit hör 1) s. k. djupa cervixincisioner och 2) vaginalt kejsarsnitt. Dührssen är här den som har gått som banbrytare för båda dessa operationer.

1. *Djupa cervixincisioner.* Dessa komma endast i fråga vid utplånad cervix och redan något vidgad mm. De göras 4 till antalet näml. bakåt, framåt och åt båda sidor och böra räcka ända till vaginalhvalfvens fäste. De utföras med sax under ledning af vänstra handens pek- och långfinger, som fatta mm.-randen mellan sig; man kan också göra inklippet mellan tvänne klämmare, som då få ligga kvar en liten stund för att hämma blödningen. Det första snittet göres bakåt, de båda följande åt sidorna och det sista framåt; det är viktigt att snitten göras i denna ordning, ty eljest retraherar mm. sig lätt bakåt, så att snittet där ej kan göras tillräckligt djupt, hvarför detta parti då kommer att göra motstånd vid extraktionen. Suturering af snitten efteråt är onödig; Dührssen t. o. m. afråder härifrån på grund af den därigenom förlängda narkosen. Då mm.-randen vid denna tidpunkt af utvidgningsskiftet enligt Bumms undersökningar icke är något annat än en slemhinneduplikatur med något kärlfattig bindväf emellan och då urinblåsa eller peritonealveck aldrig kunna skadas, så torde risken med dessa snitt i och för sig ej vara stor, om man ej gör dem längre än till vaginalhvalfvens fäste. Den risken kvarstår dock alltid, att från dem en ruptur kan fortsätta sig längre uppåt.

I alla de fall, då dessa djupa cervixincisioner kunna komma i fråga, är Bossi-metoden användbar utan någon risk enligt hvad vi förut påpekat; den bör också synes mig som regel föredragas framför dessa djupa cervixincisioner.

2. *Vaginalt kejsarsnitt.* För icke alls eller endast delvis utplånad cervix har Dührssen vid brådskande förlossningsfall föreslagit vaginalt kejsarsnitt d. v. s. klyfning af uterus från vagina så långt uppåt, att man kan på denna väg framskaffa ett fullgånget foster. Det första vaginala kejsarsnittet utfördes af D. 1896. Enligt hans mening bör klyfning af både främre och bakre cervixväggen företagas. Bumm har förenklat metoden och gör endast främre snitt, hysterotomia vaginalis anterior och har funnit att man härigenom får tillräcklig plats att framskaffa fullgångna foster.

Då Bumms förfaringsätt synes mig enklast och jag sett honom själf utföra det med godt resultat, skall jag be att utförligare få beskrifva hans teknik. Efter vederbörlig desinfektion blottlägges portio genom breda främre och bakre specula och fattas med 2 Collinska tänger (ganska grofva, 2-kloiga tänger); fattningen bör vara tämligen djup, så att ej taget brister. Det går i allmänhet lätt att hos omföderskor draga portio ända ned i vulva och spänna främre vaginalväggen; hos förstföderskor med djupt stående hufvud går detta icke lika lätt, hvarför snittet i vagina här är något svårare. Sedan främre vaginalväggen blottlagts, göres ett mediansnitt i denna, som börjar 2 fingrars bredd nedanför urethralmynningen och räcker ända till yttre mm. Snittet går igenom vaginalslemhinnan och fortsättes på portio genast genom muskulaturen ända in i cervikalkanalen på en sträcka af c. 2 ctm. Blödningen ur några vaginalvener är icke betydlig och behöfver icke ägnas vidare uppmärksamhet. Blåsan blir nu synlig mellan de klaffande ränderna af vaginalsåret och kan lätt lossas från uterusväggen och skjutes uppåt trubbigt med en gassudd på skaft. Genom ett främre, platt vaginalspeculum blottlägges alltså nu främre uterusväggen på en lång sträcka; med en sax klyfves den precis i medianlinjen så långt den är fri från blåsan. Man fattar nu snittränderna af collum nära öfre ändan af snittet (kraftig fattning) med tängerna och kan så utan svårighet dra ned ett nytt parti af uterusväggen, som blottas och genomklippes på ofvan beskrifvet sätt. Man upprepar samma procedur ånyo 1 el. 2 gånger; då blåsan är fullständigt löst, skjutes i stället peritoneum tillbaka på samma sätt. Vid inre mm. kommer äggsäcken till synes. Med specula håller man tillbaka vagina etc., så att man hela tiden tydligt ser operationsfältet. Vid små foster behöfver man icke klyfva långt öfver inre mm.;

vid fullgångna foster måste man minst klyfva så långt, att snittet från yttre mm. räcker 10—12 ctm. uppåt d. v. s. så att man bekvämt kan föra in hela handen i uteruskaviteten.

En fortsättning af rupturen uppåt har Bumm aldrig bland sina många fall iakttagit; ej heller någon skada å peritoneum.

Sedan snittet utförts tillräckligt långt uppåt, aflägsnas alla instrument och man skrider till afslutande af förlossningen. Då hufvudet i allmänhet är rörligt, kommer som regel vändning och extraktion i fråga; tångextraktion har visat sig svårare. Prognosen för fostren visar ingen försämring vid vaginalt kejsarsnitt mot hvad man eljest iakttager efter vändning och extraktion.

Skulle vagina och perineum göra för stort motstånd hos en förstföderska för framskaffande af fostret, är det bäst att förekomma bristningar genom en djup vagino-perinealincision åt ena sidan.

Blödningen från uterussnittet är ej betydlig och fordra; inga särskilda åtgärder, om man gör det noga i medianlinienr med suturen inträder sedan definitiv blodstillning. Däremot blir det efteråt lätt atoni af uterus; man bör därför ge ergotin subkutant före eller under op. Kontraherar sig uterus efter fostrets framskaffande väl, så kan man invänta placentas spontana lösande och därefter exprimera den; som regel är sedan att tillråda tamponad af uterus, för att få denna att bättre kontrahera sig: det är i allmänhet tillräckligt att låta tamponaden stanna i uterus, tills man slutat sy ihop snitten i uterus och vagina, då tamponen före narkosens slut aflägsnas. Sammandrager sig däremot uterus från början dåligt, så löser man genast placenta manuelt och tamponerar omedelbart. Man suturerar först efter placentas afgång för att ha tillräcklig plats att eventuellt kunna göra manuel placentarlösning.

Uterussnittet sys ihop med en enkel rad knutsuturer; de nå igenom hela väggen; man börjar att anlägga suturerna vid öfre sårvinkeln. Öfver uterusåret sys vaginalsåret fortlöpande. Bumm syr båda saturerna med catgut (= Krönigs cumol-catgut, som han f. ö. nästan uteslutande använder som sutur- och ligaturmaterial vid alla operationer). Ingen drainage. Pat. behandlas efteråt som hvilken puerpera som helst; något särskildt förband är ej alls behöfligt.

Dührssen håller fortfarande på, att man principiellt bör klyfva både främre och bakre cervixläppen, enär man på så sätt får bättre utrymme att framskaffa fostret. Af samma skäl anser han ock att vagino-perinealsnittet bör höra till regeln.

Den primära infektionsfaran efter vaginalt kejsarsnitt är ej större än efter hvilken annan af de vanliga obstetriska opera-

tionerna som helst, om man opererar under nödiga försiktighetsmått på ej förut infekterade pat. Peritoneum öppnas ej och någon fara för peritonit finnes ej i op. som sådan. Såren sys ju exakt primärt och läkes lätt. En ytlig dehiscens af vaginalslemhinnan efteråt förekommer, men synes vara utan betydelse. Ärren i vagina och cervix äro så obetydliga, att de knappast observeras. Normala, spontana förlossningar ha iakttagits efter vaginalt kejsarsnitt i flera fall; 3 dylika fall finnas publicerade i Hygiæa 1906 af Essen-Möller.

Vaginala kejsarsnittets värde ligger däri, att det sätter oss i stånd att när som helst under graviditeten på *exakt kirurgiskt* sätt öppna mm. så mycket som är nödvändigt för en förlossning per vias naturales. Det är klart, att utförandet förutsätter en viss öfning i gynækologiska operationer särskildt de vaginala och fordrar dessutom tillräcklig assistens. Som regel torde operationen alltså endast kunna utföras å sjukhus.

Det klassiska kejsarsnittet per laparotomiam på relativ indikation har i de flesta fall förlorat sitt berättigande efter införandet i obstetriken af vaginalt kejsarsnitt; ty därom råder ej mer än en mening, att det förra i sig innebär betydligt större risk för modern än det senare. Vid t. ex. eklampsie synes man numera i allmänhet inskränka det klassiska kejsarsnittet till de fall, där ett kejsarsnittsbäcken är för handen eller eventuellt där det handlar om op. à en döende pat. för att rädda barnet.

Vi ha här å sjukhuset ännu ej varit i tillfälle att göra något vaginalt kejsarsnitt. Under sista 3 åren ha dock här utförts 3 kejsarsnitt pr lap. på grund af eklampsi. I alla 3 fallen var cervix oförberedd och pat.:na befunno sig i komatöst tillstånd. Utgången har i de 2 fallen varit lycklig för både moder och barn; i det ena fallet dog modern i tilltagande coma några timmar efter op., barnet lefde äfven i detta fall. I alla dessa 3 fall hade alltså med de numera vanligaste indikationerna vaginalt kejsarsnitt bort komma i fråga.

Sammanfattning.

Det framgår alltså af den föregående framställningen, att vi ännu ej äga någon universalmetod att utvidga mm. vid förlossning, som under alla förhållanden kan motsvara alla rättmätiga fordringar. Vi måste i praktiken individualisera och välja den för hvarje fall lämpligaste af förhandenvarande metoder och ofta genom kombination af flera söka i möjligaste mån kompensera de brister, som vidlåda hvarje särskild metod. Det är ju helt naturligt att uppfinnaren af en metod speciali-

serar sig helt och hållet på denna och använder *sin* metod uteslutande samt förordar den för så godt som alla fall. Men endast genom att vara väl förtrogen med alla ofvannämnda metoder och i hvarje fall ställa stränga indikationer för ena eller andra behandlingssättet kan man på säkraste och skonsammaste sättet afsluta förlossningen. Ungefär följande indikationer för hvar och en af de 3 stora grupperna af metoder: metreuryse, Bossi-metoden och vaginalt kejsarsnitt anser jag man lämpligen kan uppställa.

Metreuryse-metoden bör endast användas, då ingen öfverhängande fara för moder eller foster är för handen, alltså i fall, där det *mera gäller att påskynda förlossningen än fortast möjligt afsluta densamma.* Ballongen *användes bäst med lindrig dragning;* den är lika bra användbar hos först- som omföderskor och lika bra vid bibehållen som vid utplånad cervix, om blott mm. är så mycket öppen, att den tillåter införandet af densamma och hufvudet ej är för djupt nedpressadt i bäckenet.

Bossi-metoden bör användas *vid brådskande förlossningar,* då det gäller att fortast möjligt afsluta partus, *vid utplånad cervix, vare sig det är fråga om först- eller omföderskor. Vid endast delvis utplånad cervix hos omföderskor är den ock fullt användbar;* risken är dock här något större. Och hos förstföderskor med ofullständigt utplånad cervix bör metoden endast i nödfall användas och med insikt om risken för cervixruptur.

Det vaginala kejsarsnittet bör användas i de fall, där det är indikation för att skyndsamt afsluta förlossningen och Bossimetoden ej är användbar, alltså *vid fullständigt oförberedd cervix eller endast delvis förberedd sådan hos förstföderskor samt i fall med lokala missbildningar af cervix eller sjukliga förändringar i densamma* såsom conglutinatio orif. ut. ext., stenos och atresie, ärrig rigiditet af mm. o. s. v.

Bossi-metoden är utan tvifvel den af dessa 3 metoder, som i privatpraktiken är lämpligast att använda.

Vid *brådskande* förlossning bör alltså, för att till slut skematiskt sammanfatta hvad jag förut sagt, användas:

I. *Bossi-metoden,*

1. Vid fullständigt utplånad cervix hos först eller omföderskor;
2. Vid ofullständigt utplånad cervix hos omföderskor;

II. *Vaginalt kejsarsnitt,*

1. Vid ofullständigt utplånad cervix hos förstföderskor;
2. Vid fullständigt oförberedd eller patologiskt förändrad cervix.

Studiebesök af tyska läkare.

Från Berlin har redaktionen mottagit följande, som vi med nöje införa.

Die *diesjährige deutsche ärztliche Studienreise*, welche die siebente seit ihrem Bestehen ist, hat ausser den Besuch der deutschen Ostseebäder auch den von Stockholm auf ihr Program gesetzt. Am 9. September nachmittags werden die Reiseteilnehmer, ca. 250 Aerzte, in Stockholm per Dampfer eintreffen. Die Vormittage sind für die Besichtigung medizinischer Institute, Krankenhäuser etc. bestimt, an den Nachmittagen sollen andere Sehenswürdigkeiten besichtigt und Ausflüge gemacht werden. Am Abend den 11. September reisen die Aerzte wieder ab.

Die deutschen Kollegen freuen sich, einige Tage mit ihren schwedischen Kollegen in anregendem Gedankenaustausch zu verbringen und zur Pflege der internationalen Kollegialität zusamen sein zu können.

Kl. 6 e. m. den 9 sept. samlas de tyska läkarne på Skansen och kl. $^1/_2$ 8 intages supé å Höganloft.

Kl. 9 f. m. den 10 sept. hålles »Begrüssungssitzung» i Läkarsällskapets lokal, hvarvid prof. Henschen talar om »Några drag ur Sveriges med. historia» och prof. Berg om »Röntgenfotografiens betydelse för diagnosen af blåssten». Dessutom skall från tyskt håll äfven ett föredrag hållas.

Förmiddagen ägnas sedan åt att bese med. institutioner under ledning af svenska läkare, eftermiddagen åt utfärder.

På kvällen kl. 8 middag på Hasselbacken.

Den 11 sept. ägnas förmiddagen åt medicinska institutioner och kl. 6 e. m. middag på »Runan». Kl. 7,40 afresa till Malmö.

En inbjudan af svenska läkare till ett festligt samkväm har af tyskarne artigt afböjts på principiella grunder. De ha nämligen till princip att ej förorsaka kollegerna på de besökta platserna några extra utgifter. Däremot ha tyskarna sändt en direkt uppmaning till svenska läkare att deltaga i de subskriberade enkla måltiderna. Det är att hoppas att Stockholms läkare hörsamma denna kollegiala maning.

Angående provinsialläkarnes pensionering.

Vid Allm. sv. läkarmötets i Sundsvall provinsialläkarsektions diskussion med anledning af den nya pensionslagen framhölls den orättvisa, som ligger uti att e. prov.-läkaren, hvilken dock fullgör alla den ord. prov.-läkarens skyldigheter, ej får tillgodoräkna sig sina tjänsteår för pension såsom prov.-läkare, men att däremot järnvägs- och fängelseläkaren, hvilken ej en dag tjänstgjort som prov.- eller e. prov.-läkare, får medräkna hela sin tjänstetid för prov.-läkarpension. Och detta emedan den senare är läkare i statens tjänst, den förre ej.

Jag vill med anledning häraf framställa den frågan: Hvarför är ej e. prov.-läkaren en statens tjänsteman? Det svaras då helt visst, att han aflönas af kummunen, är således kommunens tjänsteman. Visserligen aflönas han af kommunen, men han står dock till staten, här K. Med.-styrelsen och Konungens Befallningshafvande, i ett sådant subordinationsförhållande, som ingen enbart kommunal tjänsteman kan vara skyldig göra. Han måste bland annat på K. Befallningshafvandes förordnande företaga alla möjliga tjänsteförrättningar i lika grad som den ord. prov.-läkaren och han har för dessa förrättningar sin ersättning af staten. Han är dessutom underkastad prov.-läkartaxan, hvilket han som kommunal tjänsteman ej behöfde vara. Det synes mig som om han på grund häraf borde vara fullkomligt likställd med en statens tjänsteman och sålunda äfven berättigad till dennes förmåner.

En sak, som äfven torde vara värd beaktande, är, hur e. prov.-läkaren med statsbidrag tillsättes. Som bekant särskiljer man bland statens tjänare 2 klasser, ämbetsmän och tjänstemän. Under det att ämbetsmännen i regel innehafva sina befattningar på grund af kunglig utnämning, tillsättas däremot tjänstemännen af underordnade myndigheter (centrala ämbetsverk, K. Befallningsh.). Då nu den e. prov.-läkaren tillsättes (förordnas) af K. Med.-styrelsen, som ju är ett centralt ämbetsverk, borde han väl också på grund häraf vara en statens tjänare. *Eller hvarför är han det ej?*

Då e. prov.-läkaren dessutom räknas till prov.-läkarkåren, hvars medlemmar tillhöra en statens institution, så borde han väl äfven på denna grund vara statens tjänsteman. Han borde åtminstone i detta afseende kunna jämnställas med t. ex. en extra ordinarie i verken. Liksom denne senare ej har någon lön af staten och naturligtvis ej någon pension, får han dock räkna sig till godo för blifvande pension alla sina tjänsteår som e. ordinarie. Skulle vi ej lämpligen böra kämpa för att en sådan ställning gafs äfven e. prov.-läkaren? Skulle vi ej alla kunna ena oss om denna berättigade fordran för att nå ett mål, som i så hög grad skulle förbättra våra framtidsutsikter? Den nya pensionslagen skulle då för prov. läkaren verka på samma sätt som för andra statens tjänare, och han skulle vid nådd pensionsålder, 62 år, äfven hafva lagstadgade tjänsteår, 27 år, för att då också kunna pensioneras.

Konrad Schwieler.

Förslaget till ändring af läkaretaxan.

Med anledning af uppsatsen under ofvanstående rubrik i n:o 33 af Läkartidningen anhåller jag att äfven få lämna ett exempel på hur orimlig tillämpningen af § 7, mom. 2 i vissa fall kan verka.

Min läkarstation är så belägen. att jag ofta måste anlita järnväg en half timme för att sedan fortsätta med skjuts 1 1/2 à 2 mil. Tågen gå så att jag måste beräkna minst 5 timmar för min resa. Antag att jag skall åka 1 1/2 mil landsväg till det ställe, jag ursprungligen blifvit kallad. Vidare blir jag ombedd att besöka 3 olika i närheten boende familjer, hvilket äfven kan medhinnas under de 5 timmarne. På grund af att betalningen för alla dessa 4 besök utgår efter tid har jag således ej rätt att för dessa tillsammans taga mer betaldt än 10 kr. (något i och för sig onaturligt). Bor jag däremot närmare den ursprungliga pat., eller där jag började färdas med skjuts. hvarigenom jag således kan göra resan på en timmes kortare tid, då äger jag rätt att taga 8 + 3 + 3 + 3 = 17 Kr. Således 10 Kr. för den längre. 17 Kr. för den kortare resan. Är detta reson? Vidare heter det i samma mom. »Skolande arvodet mellan de betalningsskyldiga fördelas efter den tid, som åtgår till färden till och från hvarje särskildt sjukbesök». Hur detta i praktiken skall låta sig göra, är svårt att förstå. Ej heller tror jag, att någon kollega kunnat efterlefva detta påbud utan tvingas han att antingen följa paragrafens mom. 1 eller också efterskänka betalningen för de senare sjukbesöken. Ofta vet man ej. när man är på det första stället. om man skall besöka någon annan: omöjligt är äfven att på förhand beräkna tiden till och från hvarje särskildt sjukbesök. Hur då fördela betalningen? Detta är helt enkelt ogörligt och i hvarje fall för läkaren högst obehagligt. Bäst synes mig. om hela mom. 2 bortfölle. Därigenom skulle ingen orättvisa ske de betalningsskyldige. utan hvar och en fick betala för sig. Som paragr. nu är stiliserad, vållar den endast oreda och kan med bästa vilja ej följas.

Då alla prov.-läkare genom resolution från K. Befh:nde blifvit beordrade att inkomma med yttrande före d. 1 nov. öfver förslag till ändring af taxan, torde det vara lämpligt om äfven antydda oegentligheter blefve mer allmänt påvisade.

Västerhanninge d. 17 aug. 1907.

Konrad Schrieler.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar. att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n: [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Extra prov.-läk.-tj:n i Los distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	9 sept.
En marinläk.-tj. af 2:a graden (ansökan, ställd till Konungen, inl. hos marinöfverläkaren)	11 sept.
Las.-underläk.-tj:n i Visby[3]) (löneförmåner: 2,400 kr. jämte fri bostad och kost)	11 sept.
Las.-läk.-tj:n i Vänersborg[1]) (löneförmåner: 4,000 kr. jämte fri bostad och vedbrand)	12 sept.
Extra prov.-läk.-tj:n i Näskotts distr. (ledigförklarad för tiden t. o. m. 1909; distr. omfattar Näskotts och Alsen socknar af Jämtlands län med läk.-sta-	

tion inom den förra; invånarantal 3,587 1 jan. 06; löneförmåner: 1,500 kr. jämte fri bostad; sökes hos läk.-styrelsen, adr. Alsen) 12 sept.
Biträd. läk.-tj:n vid epid.-sjukhuset i Uppsala (tillträdes 1 okt.; löneförmåner: 1,800 kr. jämte fri bostad och kost; sökes hos sjukhusets styrelse, adr. borgmästaren Radhe, Uppsala) (se annons i dagens n:r) 15 sept.
Prov.-läk.-tj:n i Åsele distr.[1]) 16 sept.
Prov.-läk.-tj:n i Norrtälje distr.[1]) 16 sept.
Extra prov.-läk.-tj:n i Tranås distr. (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod; se annons i dagens n:r) 17 sept.
Las.-läk.-tj:n i Luleå[1]) (löneförmåner sammanlagdt 4,250 kr.) 20 sept.
Extra prov.-läk.-tj:n i Tjörns distr.[2]) (ledigförklarad för tiden t. o. m. 1911; distr. omfattar Stenkyrka, Valla, Klöfvedals, Rönnängs och Klädesholmens socknar af Göteborgs och Bohuslän med 10,000 invånare den 1 jan. 05; läkarstation och apotek vid Lilldal i Stenkyrka socken; lön 3,000 kr.) 21 sept.
Extra prov.-läk.-tj:n i Indalslidens distr.[2]) ledigförklarad på grund af ny femårsperiod) 23 sept.
Extra prov.-läk.-tj:n i Aspa distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod) 28 sept.

Lediga resestipendier:

Rikssstatens större resestip. för civila läkare å 2,000 kr.[1]) 30 sept.
Rikssstatens mindre resestip. f. civila läkare å 1,500 kr.[1]) 30 sept.

Af Kungl. Maj:t utnämnda och transporterade:

Till bat.-läk. v. Dalreg:tet: bat.-läk. v. Värmlands r:te *C. G. Fredriksson.*
Till bat.-läk. v. Norra skånska inf.-reg:tet: bat.-läk. v. Västgöta r:te *F. G. Ask.*
Till bat.-läk. v. Gottlands inf.-reg:te: fältl.-stip. *G. J. Wirde.*

Sökande:

Till *en bat.-läk.-tj. v. Norra Skånska inf:reg:tet* hade bat.-läk. Hederström återtagit sin ansökan.
Till *prov.-läk.-tj:n i Nedre Fryksdalens distr.* (i ordn. efter tj:år): järnvägsläk. Lindstein, Ljusdal, prov.-läkarna Gustafsson i Tanum, Rosén i Dalby, Melén i Hede och Essén i Nysätra, extra prov.-läkarna Lundgren i Älfsbyn, Behrman i Kungsör och Cullberg i Ullared.

Af Med.-styr:n afgifna förord till apoteksprivilegier:

Till *apoteket i Uddeholm:* ex. apot. P. G. Lundberg (af ap:soc:ns dir. föreslagna: M. L. Svensson, P. G. Lundberg, A. S. Andersson).
Till *apoteket i Eksjö:* inneh:n af apoteket i Fränsta C. F. Asplund (af ap.-soc:ns dir. föreslagna: E. R. Lindewald, C. F. Asplund, K. R. Sandsjoe).

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *C. H. Engelbrecht* t. f. bitr. prov.-läk. i Gäfle distr. 28 aug.—27 sept. (t).
Kand. *G. Hedblom* t. f. ex. prov.-läk. i Löfsta distr. 8 sept.—15 okt. (t).

Lic. *G. Kjellberg* t. f. ex. prov.-läk. i Edsbergs distr. 10 sept.—11 okt. (t).
Lic. *J. Jacobsson* t. f. prov.-läk. i Heby distr. 1—30 sept. (t).
Kand. *O. H. Elfsberg* t. f. ex. prov.-läk. i Bergsjö distr. 22 aug.—21 sept. (t).
Civ.-stip. *Alfred Andersson* t. f. prov.-läk. i Söderåkra distr. 28 aug.—18 sept. (s).
Ex. prov.-läk. *F. Swensson* t. f. prov.-läk. i Järfsö distr. 4—28 sept. (s).
Lic. *K. Linder* t. f. stadsläk. i Alingsås 28 aug.—28 sept. (t).
Lic. *J. Löfberg* t. f ex. prov.-läk. i Ljusnarsbergs distr. 6 sept.—5 okt. (t).
Lic. *D. Öhrn* t. f. ex. prov.-läk. i Gellivare distr. 30 aug.—2 nov. (t).
Lic. *Ch. Lindgren* t. f. stadsdistr.-läk. i Eskilstuna 3 sept.—8 okt. (t).

Öfversikt af sammandragen af epidemirapporter

för halfva månaden 1—15 aug. 1907.

	Städer.					Landsbygd.				
	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa
Stockholm	—	21	38	—	59	—	—	—	—	—
Stockholms län	1	—	1	—	2	4	9	9	—	22
Uppsala	—	—	1	—	1	—	5	11	—	16
Södermanlands	—	—	14	—	14	2	3	5	—	10
Östergötlands	—	1	3	—	4	2	12	7	—	21
Jönköpings	—	2	15	—	17	—	—	20	—	20
Kronobergs	1	—	—	—	1	2	1	9	—	12
Kalmar	1	—	5	—	6	2	—	5	—	7
Gotlands	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—
Blekinge	1	—	6	—	7	—	—	4	—	4
Kristianstads	1	—	2	—	3	5	1	10	—	16
Malmöhus	9	—	14	—	23	4	8	13	—	25
Hallands	1	—	5	—	6	4	2	6	—	12
Göteborg	1	9	8	—	18	—	—	—	—	—
Göteborgs o. Bohus	—	—	—	—	—	1	2	20	—	23
Älfsborgs	—	—	10	—	10	5	10	14	—	29
Skaraborgs	—	—	4	—	4	2	3	2	—	7
Värmlands	—	—	—	—	—	1	—	10	—	11
Örebro	4	—	—	—	4	8	2	—	—	10
Västmanlands	1	—	5	—	6	1	2	6	—	9
Kopparbergs	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
Gäfleborgs	1	—	1	—	2	1	8	6	—	15
Västernorrlands	1	—	6	—	7	—	—	16	—	16
Jämtlands	—	1	1	—	2	—	—	—	—	—
Västerbottens	—	—	—	—	—	—	4	—	—	4
Norrbottens	—	1	—	—	1	—	—	10	—	10
Summa	23	36	139	—	198	44	72	185	—	301

Summa sjukdomsfall i hela riket: nervfeber 67, skarlakansfeber 108, difteri 324, rödsot 0. — *Akut barnförlamning* 29 fall, däraf 5 i Malmö stad, 10 å landsbygden i samma län.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 13 september 1907.

4:e årg. | Redaktion: Knut Kjellberg och Hjalmar Forssner. | N:o 37.

Innehåll: Magnus Möller: Är en gonorrékontroll möjlig? — Förslaget till ändring af läkaretaxan. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser.

Är en gonorrékontroll möjlig?

Af

Magnus Möller.

Först genom mikroskoperingens införande vid besiktningarna har det blifvit möjligt att bilda sig ett omdöme om gonorrékontrollens verkningsgrad, d. v. s. i hvad mån det låter sig göra att i fråga om denna sjukdom assaniera den inskrifna prostitutionen.

Ett öfverförande af gonorré kan ju nämligen äga rum endast om gonokocker finnas. Och sådana kunna finnas och således smitta öfverföras äfven vid frånvaro af anmärkningsvärda kliniska symtom. Redan 1888 fann Neisser[1] att hos 20 procent af de besiktningsskyldiga, hos hvilka kliniska förändringar saknades, ådagalade den mikroskopiska undersökningen, att gonokocker förefunnos. 1898 konstaterade Lochte[2] frånvaro af kliniska symtom hos 35 procent af de gonorroiska prostituerade. Dessa 20 à 35 procent skulle alltså vid en enbart klinisk undersökning hafva undgått att bli igenkända.

[1] *Neisser,* Ueber die Mängel der zur Zeit üblichen Prostituiertenuntersuchung. Deutsche med. Wochenschr. 1890, s. 834.

[2] *Lochte,* Ueber den prakt. Werth des mikroskopischen Gonokokkennachweises bei Prostituierten. Monatsh. f. prakt. Dermatologie 1898, s. 115 o. 1901, s. 335.

Hos de öfriga 80 à 65 procenten gonorréiska prostituerade funnos kliniskt iakttagbara förändringar. Men sådana kunna finnas oberoende af gonokocker. Uppenbara inflammatoriska symtom fortfara hos en mängd kvinnor och isynnerhet hos dem, som föra en prostituerad kvinnas lefverne, i mycket lång tid efter smittans utslocknande.

Då framställer sig frågan: kan, när makroskopiska förändringar förefinnas, en enbart klinisk undersökning afgöra, huruvida dessa äro af smittosam beskaffenhet eller icke?

Ur *profylaktisk* synpunkt gäller det nämligen uteslutande att igenkänna och aflägsna *smittosamheten*. Huru önskvärdt det än från den enskildes synpunkt kunde vara, att hvarje sjuklig förändring, smittosam eller icke, toges under behandling, så kan detta naturligtvis aldrig bli föremål för en *tvångs*kontroll.

Man har tänkt sig, att en längre tids noggrann, jämsides skeende klinisk och bakteriologisk undersökning efterhand skulle få till resultat, att vissa kliniska karakterer skulle kunna uppställas, som vore så utmärkande för den gonorroiska processen, att efterhand mikroskopets kontroll skulle bli öfverflödig annat än i enstaka tvetydiga fall. Men om man frånser de rent akuta inflammationssymtomen, äro alla genitalflytningar tvetydiga, och mikroskopet därför lika nödigt för ett afgörande nu som någonsin förut. Det förhåller sig visserligen i stort sedt så, att en glasklar afsöndring är gonokockfri och en varhaltig — äfven om varet förekommer blott såsom små klumpar och strimmor, insprängda i ett för öfrigt klart sekret — är gonokockförande, samt ett s. k. katarralt, genom afstött epitel grumligt sekret oftare är gonokockfritt än gonokockförande. Men från dessa regler finnas talrika undantag, i det att klart sekret stundom håller gonokocker, under det att ett varigt kan vara fritt från sådana. Och symtomen kunna växla oerhördt på mycket kort tid. En person, som den ena dagen synes kliniskt misstänkt, kan efter några dagar vara utan sekretion, men efter någon tid ånyo visa misstänkt afsöndring. Därtill kommer att flertalet prostituerade, som utöfvat »yrket» några år, hafva kroniska katarrer med ett grumligt, slemmigt-varigt sekret af kliniskt fullkomligt obestämbar beskaffenhet. Att ingen objektiv norm finnes för ett enbart kliniskt bedömande af genitalsekretens smittosamhet framgår ock af det olika värde, som olika undersökare tillmäta en besiktning utan mikroskop. Medan t. ex. *Jersild*[1] (Köpenhamn—Vestre Hospital) anser, att hos omkring 68 % af prostituerade

---

[1] *Jersild*, Undersögelser om Cervikalsekretet hos Prostituerede. Köbenhavn 1904.

med lifmodergonorré diagnosen kan ställas rent kliniskt, så beräknar *Bærmann*[1] (Breslau—Neissers klinik), att 90 % af de gonorroiska besiktningsskyldiga skulle undgå remiss till sjukhuset vid enbart klinisk undersökning.

Om man blott ville fasthålla den satsen, att det vid gonorrékontrollen icke är ett sjukdomstillstånd såsom sådant utan blott om detta tillika är smittoförande, som kan berättiga till en tvångsisolering, så skulle meningen om mikroskopets oumbärlighet vid besiktningarna endast kunna vara en. Men man synes ännu flerstädes identifiera sjukdomssymtom och smitta. Under en resa, som jag sommaren 1904 företog i ändamål att studera olika länders prostitutionsförhållanden, besökte jag äfven Hamburg. Där åtnöjde man sig vid besiktningarna att grunda sin diagnos af gonorré enbart på det ungefärliga kliniska utseendet, processens intensitet, sekretets kvantitet och kvalitet. Det uppgafs att omkring 20 procent af de besiktigade inskickades under diagnos gonorré till sjukhuset och man menade, att detta vore ju ungefär lika många, som man på andra ställen med mikroskopets tillhjälp eliminerade. Det inses lätt att detta kan vara sant i fråga om antalet *sjuka*, men icke i fråga om antalet *gonorrésjuka*. Ty de som efter endast *makroskopisk* undersökning inskickades voro naturligtvis endast till en del samma kvinnor, som efter en *mikroskopisk* undersökning skulle hafva blifvit dit insända. Och huru många af de i Hamburg till sjukhuset remitterade 20 procenten verkligen hade gonorré och huru många endast hade en enkel, ej smittoförande katarr, blef aldrig utrönt, emedan — enligt af sjukhusets läkare meddelade upplysningar — äfven på sjukhuset inga gonokockundersökningar företogos å de »gonorroiska» prostituerade. De behandlades samtliga som om de hade gonorré och under en minimitid af tre veckor!

Där icke mikroskopisk undersökning införts vid besiktningarna kan den s. k. kontrollen icke vara annat än ett osäkert famlande och ett godtyckligt väljande i högen.

Genom mikroskopets införande vid besiktningarna vann man dels att ett större antal eliminerades, dels att sannolikheten för att de eliminerade verkligen voro gonorrésjuka i högst väsentlig grad ökades. På Stockholms kurhus behandlades

---

[1] *Bærmann,* Die Gonorrhoe der Prostituierten. Zeitschr. f. Bekämpf. der Geschlechtskh. Bd. 2. 1903.

År	Af ett medeltal byrån tillhöriga för dag under året	Antal gonorrésjuka prostituerade
1874	298	19
1884	431	64
1894	464	141
1904	408	749

D. v. s. under det att 1874 ungefär hvar 16:e, 1884 hvar 7:e och 1894 hvar 3:e inskrifven kvinna behandlades för gonorré, så ökades detta 1904 dithän att på hvarje inskrifven kvinna kom 1.8 gångers sjukhusbehandling för gonorré. En dylik stadigt fortgående stegring kan naturligtvis icke bero på ett tilltagande af sjukdomen, utan är dels en följd af den större uppmärksamhet man efterhand ägnat gonorrén, dels af en alltmera förbättrad undersökningsmetodik, men framför allt annat på införandet af den mikroskopiska undersökningen.

Systematisk gonokockundersökning infördes å Stockholms besiktningsbyrå den 3 febr. 1904. Under det halfår, som närmast föregick mikroskoperingens införande insändes till kurhuset 111 gonorréfall, under det därpå följande halfåret 381 fall, d. v. s. 3.4 gånger så många. En liknande plötslig ökning i gonorréfallens antal har gonokockundersökningens införande haft till följd å andra ställen. I Stuttgart steg efter mikroskoperingens införande procenten af för gonorré intagna kvinnor från 4.9 till 61.9[1].

Och ju tätare undersökningarna göras, desto större blir antalet sjukbefunna kvinnor. *Lochte*[2] undersökte 172 puellæ hvardera en gång och fann att 19.1 % af dem härbergerade gonokocker; vid en andra undersökning af alldeles samma kvinnor befunnos emellertid nära dubbelt så många (38,6 %) i verkligheten vara gonokockförande. Efterhand har man funnit, att i hvarje ögonblick minst 50 procent (Bærmann[3] 40—45 %, Schultz[4] 64,8 %, Sandman[5] 53 %) af alla inskrifna kvinnor hysa konokocker i någon af de olika afsöndringarna från urinrör, från kryptor och körtelgångar i dettas omgifning, från bartholinska körtlarna eller från lifmoderkanalen.

Den starka ökning af konstaterade gonorréfall, som öfverallt blef en följd af gonokockundersökningars införande vid besiktningarna, ledde snart till en mycket stark beläggning af prostitutionssjukhusen med gonorrésjuka. Å Stockholms kur-

[1] *Hammer,* Ueber Prostitution und venerische Erkrankungen in Stuttgart o. s. v. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 38, 1895.

[2] *Lochte,* l. c.

[3] *Bærmann,* l. c

[4] *Schultz,* Beitrag zur Path. u. Ther. der Uterusgonorrhoe. Zeitschr. f. Geburtshälfe und Gynäkologie. Bd. 40.

[5] *Sandman,* Studier öfver gonorré hos prostituerade. Hygiea 1906.

hus ökades sålunda gonorréfallen från 291 under 1903 till 749 under 1904, då gonokockundersökningen infördes vid besiktningsbyrån[1], 746 under 1905 och 729 under 1906. Efter den antydda skärpningen af kontrollen ökades alltså det årligen behandlade antalet gonorréfall mera än 2 $^1/_2$ gånger. Antalet uretriter 3-dubblades; antalet endometriter ökades nära 4 $^1/_2$ gånger. Särskildt anmärkningsvärd är ökningen af gonorroiska endometriter, hvilka från att förut hafva förekommit mera undantagsvis, under och efter 1904 diagnosticerades i mera än 50 procent af alla vårdade gonorréfall.

Öfverfyllnaden på prostitutionssjukhusen med gonorréfall trodde man skulle bli en olägenhet af blott öfvergående art. Ty sedan man hunnit bota de omkring 50 procent af de besiktningsskyldiga, som funnits behäftade med gonorré i en eller annan form, skulle en minskning af sjukhusremisserna för denna sjukdom komma till stånd och en väsentlig assaniering af den inskrifna prostitutionen vara vunnen.

Denna förhoppning har emellertid slagit alldeles fel. De å kurhuset för gonorré behandlade kvinnorna minskas ej till antalet utan behålla år efter år sina mycket höga siffror. Detta står i närmaste sammanhang med två nya lärdomar af den allra största betydelse, som de mikroskopiska gonokockundersökningarna vid prostitutionsbesiktningen medfört, nämligen:

1. Ett positivt gonokockfynd är visserligen bevisande för smittosamhet, däremot bevisar ett negativt fynd icke smittofrihet.

2. Vår gonorréterapi är föga verksam gentemot de prostituerades gonorré.

Emedan dessa två punkter äro af kardinal betydelse för bedömandet af gonorrékontrollens verkningsgrad erfordra de en ingående utredning.

Äfven efter gonokockundersökningarnas införande vid besiktningarna är det för dem af oss specialister, som af våra gonorrépatienter söka utröna smittokällan, en mycket vanlig erfarenhet, att smittan härrör från inskrifna, regelbundet besiktigade kvinnor, detta stundom t. o. m. samma dag de vid besiktningen förklarats gonokockfria. Detta kunde man ju tänka sig vara beroende därpå, att vid den brådska, som undersökningen af ett stort antal kvinnor måste medföra, gonokockundersökningen ej blifvit verkställd med nödig omsorg. Förklaringen behöfver emellertid ej ligga däruti. *Sandman*[2]

---

[1] Å kurhuset infördes systematisk gonokockundersökning 1889.

[2] *Sandman*, l. c.

meddelar, att under året 1904 beträffande 147 kvinnor, i hvilkas afsöndringar (uretra, gland. Barth, cervix) man å besiktningsbyrån anträffat gonokocker och som fördenskull remitterats till sjukhuset, man där, oaktadt de möjligast gynnsamma undersökningsbetingelser, icke var i stånd att påvisa gonokocker, hvadan kvinnorna alltså, efter 4 à 6 negativa prof, obehandlade utskrefvos. Undersökaren var på båda ställena densamma (Sandman).

Det förhåller sig ju nämligen så, framförallt vid de kroniska lifmodergonorréerna, att gonokockerna tidtals äro mycket sparsamt förekommande eller åtminstone högst vanskliga att upptäcka, stundom endast under en eller annan dag. Det händer t. ex. att under sjukhusvistelsen efter 12 negativa undersökningsprof det 13:e innehåller gonokocker (Bergh[1]). Växlingar i det mikroskopiska fyndet, sådana som följande (af *Bettmann*[2]) anförda fall, äro för hvarje specialist alltför väl kända:

En tjänstflicka behandlades för ett år sedan på sjukhuset för gonorré och ansågs alltsedan utskrifningen för frisk, till dess hon återkom på grund af syfilis. Kliniskt fans vid undersökningen intet för gonorré misstänkt utom ett ringa slemmigt-varigt sekret från cervix. En under 10 dagar genomförd mikroskopisk undersökning hade emellertid följande resultat:

1:a	dagen	negativt	5:te	dagen	positivt
2:a	»	»	6:te	»	negativt
3:e	»	»	7:de	»	positivt
4:e	»	»	8—1(	»	negativt.

Ingen lokal behandling hade under tiden ägt rum.

Det anförda må vara nog för att förtydliga, hurusom de negativa mikroskopfynden ingalunda utesluta infektiositet. Vid besiktningarna kan man därför *icke, äfven med mikroskopets tillhjälp draga en skarp och bestämd gräns mellan smittande och icke smittande kvinnor. Och vid utskrifningen från sjukhuset kan man icke bestämdt afgöra, huruvida en för gonorré behandlad kvinna verkligen är frisk.*

I fråga om *behandlingssättet* af kvinnans gonorré äro meningarna rätt mycket delade. Detta dock mindre när det gäller blott den uretrala formen, vid hvilken antibakte-

---

[1] *Bergh,* Bemerkungen über venerische Katarrhe bei Frauenzimmern. Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. 27, s. 392.

[2] *Bettmann,* Die ärzliche Ueberwachung der Prostituierten, Jena 1905.

riella metoder (med silfversalter) numera tämligen allmänt tillämpas. Däremot hysa flertalet läkare. såväl gynekologer som syfilidologer, betänkligheter mot ett lokalt applicerande af dessa medel vid lifmoderonorrén, af det skäl, att därigenom stundom föranledes en ökning i intensitet och vidare utbredning af sjukdomsprocessen till mera djupliggande och ömtåliga delar. De nöja sig därför med ett mera exspektativt och antiflogistiskt förfarande, som ej kan direkt medföra skada och otvifvelaktigt i en del fall äfven leder till läkning. I stort sedt anse de sig ej heller förlora i tid, nämligen om hänsyn tages till de fall, där ett mera energiskt ingripande skulle medfört ytterligare komplikationer och därigenom förlängd sjukdom.

Ett bestämdt uttalande om hvilkendera metoden, den antibakteriella eller den mera exspektativa, som fortast leder till målet, är svårt att göra framförallt till följd af den redan anförda svårigheten att afgöra tidpunkten när en skörlefvande kvinnas lifmodergonorré verkligen är afslutad.

Schultz[1] injicierade i 47 fall i lifmodern ett kraftigt antibakteriellt medel (10 % argentamin) hvar 4—5 dag. I 9 fall måste upphöras med behandlingen på grund af smärtor etc. Af de återstående 38 funnos flertalet gonokockfria efter 4,5 eller 6 injektioner, d. v. s. efter en ungefärlig tid af 25 à 30 dagar och en maximitid af 40—50 dagar.

v. Marschalkó[2] behandlade med 10 % argentamin å prostitutionsafdelningen i Koloszwar (Klausenburg) 118 fall af lifmodergonorré. I 7—8 fall lyckades det trots alla bemödanden icke att bringa gonokockerna till försvinnande. De öfriga utskrefvos efter en genomsnittstid af 56 dagar (minst 2 negat. gonokockprof, men under fortsatt behandling, såvida ej pat:s vistelse på sjukhuset understeg 3 månader).

Paradi[3] behandlade äfvenledes med 10 % argentamin å sjukhuset i Klausenburg, 119 fall af lifmodergonorré, af hvilka 107 ansågos vid utskrifningen läkta. Han hade följande behandlingstider:

vid	66,8 %	mindre än	40	dagar
»	20 %	»	» 20	»
»	11 %	öfver	61	»

---

[1] *Shultz,* Beiträge zur Pathologi und Therapie der weiblichen Gonorrhoe. Archiv f. Derm. u. Syph. Bd. 36, 1896, s. 199.

[2] *v. Marschalkó,* Ist die Gonorrhoe der Prostituierten heilbar? Berl. klin. Wochenschr. 1902, n:r 15.

[3] *Paradi,* Ueber die Behandlung der Uterusgonorrhoe bei Prostituierten. Archiv f. Derm. u. Syph. Bd. 65, 1903.

Å Stockholms kurhus lärer i fråga om lifmoderkanalen ett mera expektativt förfaringssätt tillämpas. Genomsnittsbehandlingen 1904 för endometritis gonorr. var 26.4 dagar

1904 för	endometritis gonorr. var	26.4 dagar
»	urethritis acuta	33.9 »
»	» chr.	12,6 »
»	bartholinitis	13.7 »
»	urethritis + barthol.	22.7 »
»	urethritis + endometrit.	54 »
»	urethr. + barthol. + endometr.	63 »
»	barthol. + endometr.	41.7 »

Urinröret var angripet i 74 % af fallen		(i Bærmanns stora statistik i 69.5 %)
Lifmodern	52 %	» » » » 45.4 »
Bartholinska körtlarna i 10 % af fallen		i » » » 10.5 »

Längsta tiden, omkring 9 veckor, fordrade kombinationen urethrit + bartholinit + endometrit. Påfallande kort är behandlingstiden för den kroniska urinrörsgonorréen, 12.6 dagar.

Genomsnittsbehandlingstiden för hvarje särskild infektion var 32.4 dagar.

För jämförelse må meddelas genomsnittstiderna för gonorrébehandlingen vid några andra af de mera bekanta prostitutionsafdelningarna:

Köpenhamn (Berg 1897)	20—30	dagar
Stuttgart (Hammer 1895)	21,6	»
München (Jesionek 1897)	21,8	»
Breslau (Bærmann 1903)	29,5	» (vid sjukhusbehandl.)
	96,9	» (vid ambulatorisk beh.)
I Koloszvár (v. Marschalkó 1902)	(vid urinrörsgonorré 28 d.[1])	
	» lifmodergonorré 56 »	
Paris (Barthélemy 1893)	69	dagar.

Det är påtagligt att de anförda genomsnittstiderna från såväl Stockholms som Köpenhamns och de tyska städernas prostitutionsafdelningar omöjligen kunna vara tillräckliga för botande af kvinnlig gonorré, isynnerhet som uti dessa tider en viss observationstid måste vara inberäknad, under hvilken man har att konstatera, att inga gonokocker vidare uppträda.

Å sjukhuset St. Göran, där äfven vid lifmodergonorréns behandling moderna, antibakteriella metoder tillämpas, äro behandlingstiderna rätt mycket längre[2]. Såsom af tab. 1 fram-

[1] Till dess gonokockernas försvinnande konstaterats genom minst två negat. undersökningar.

[2] *Almkvist, J.*, Statistiska studier öfver resultatet af den kvinnliga gonorréns behandling. Nordisk Tidskrift for Therapi, III, n:r 12.

går var under de sex åren 1898—1903 genomsnittstiden för sjukhusvistelsen år efter år stadd i stigande. 1903 var den 78 dagar.

Tab. 1. För 238[1] gonorréfall var

År	a) för gonorré i olika former			b) för enbart urinrörsgonorré		
	Kortaste underhållstiden	Längsta underhållstiden	Medelvärdet för underhållstiden	Kortaste underhållstiden	Längsta underhållstiden	Medelvärdet för underhållstiden
1898	16	131	49,9	16	131	45,2
1899	20	139	56,4	20	124	51,4
1900	22	169	55,2	22	44	33,3
1901	29	217	74,3[2])	32	89	60,5
1902	16	210	60,1[2])	16	82	52,8
1903	31	226	78,0[2])	36	76	56,2
	Medelvärdet af underhållstiden för alla 6 åren = 64,0 dagar			Medelvärdet af underhållstiden för alla 6 åren = 48,6 dagar		

Sjukhusvistelsens långvarighet beror emellertid ej blott på den använda behandlingens verksamhetsgrad, utan ej mindre på skärpan i de kraf, som ställas på smittofrihet. *v. Marskalkós* patienter med lifmodergonorré utskrefvos efter minst två negativa gonokockprof, men under fortsatt behandling, såvida ej patientens vistelse på sjukhuset understeg 3 månader. *Parádi* fordrade tre negativa gonokockundersökningar, hvaraf de två sista efter slutad behandling. Å Stockholms prostitutionssjukhus utskrefvos kvinnorna med lifmodergonorré först efter sex negativa gonokockprof, tagna under loppet af i genomsnitt 14,4 dagar, under hvilken tid emellertid behandlingen oafbrutet fortsattes.

För att kunna förklara en för gonorré behandlad kvinna smittofri fordras i allmänhet:

1. Sekreten från urinröret och de i dettas omgifning så ofta befintliga kryptorna och blindgångarna, från bartholinska körtlarna och från lifmoderkanalen måste vid flere gånger upprepad undersökning vara gonokockfria.

---

[1] medräknade äro blott sådana fall, som äro utskrifna såsom antagligen friska.

[2] Vid beräkning af medelvärdet äro de underhållstider, som öfver stiga 200 dagar, ej medräknade för att icke erhålla en oproportionerlig höjning af medelvärdet.

2. Denna frihet från gonokocker måste äfven konstateras upprepade gånger efter behandlingens upphörande.

3. Emedan i sammanhang med menstruationerna gonokockerna pläga bli lättare påvisbara, anses negativa gonokockprof strax före eller strax efter menstruationen äga en större tillförlitlighet än annars.

Uppfyllandet af dessa villkor för utskrifning möter emellertid på ett prostitutionssjukhus de största praktiska svårigheter. Konsekvent tillämpades de ej heller å något enda af de prostitutionssjukhus i Skandinavien, Tyskland eller Frankrike, som jag sommaren 1904 besökte. Till och med på mönstersjukhuset Vestre Hospital i Köpenhamn nöjde man sig med två negativa gonokockprof. Hufvudhindret för en tillbörligt noggrant konstaterad smittofrihet ligger däri, att det härvid är fråga om en tvångsbehandling, som sker utan den sjukas egen önskan och af henne betraktas såsom ungefär liktydig med hvilket interneringsstraff som helst. Gent emot dessa kvinnors oaflåtliga yrkanden på att bli utskrifna är det ju förklarligt, att läkarna slå af på det ena eller det andra af de för smittofrihet eljes gällande villkoren. I annat fall skulle behandlingstiderna bli mycket långa och öfverfyllnaden med gonorrésjuka kvinnor ännu mycket större än den för närvarande är. Då därtill kommer tvifvel på behandlingsmetodernas effektivitet och den obehagliga möjligheten att, äfven om 12 gånger å rad gonokockundersökningen gifvit negativt resultat, kan den 13:de bli positiv, så inses lätt att läkaren resignerar inför ett sisyfosartadt arbete och skrifver ut en besvärlig patient, som åtminstone skenbart är gonokockfri. Härigenom förklaras, att genomsnittsbehandlingstiden å flertalet prostitutionssjukhus är blott omkring 30 dagar eller mindre.

Angifvandet af en dylik genomsnittstid lämnar naturligtvis en mycket ofullständig föreställning om de verkliga behandlingstiderna för de särskilda fallen. Ty behandlingstiderna växla oerhördt i olika fall. Beträffande de år 1904 å Stockholms prostitutionssjukhus vårdades 776 gonorréerna har Sandman lämnat följande:

Tab. 2.

Öfversikt öfver behandlingstiden, uttryckt i månader (för första månaden äfven i veckor).

Behandlingstid	Behandlade Antal	%
1 vecka	114	15 } 65
2 veckor	140	18
3 »	154	20
1 mån.	95	12
2 »	157	20
3 »	65	8
4 »	25	} 5,2
5 »	9	
6 »	7	
7 »	3	} 1,3
8 »	1	
9 »	2	
10 »	1	
11 »	2	
12 »	—	
13 »	—	
14 »	—	
15 »	—	
16 »	1	
	776	—

Af denna tabell framgår, att 114, motsvarande 15 procent, vårdats högst en vecka; att 140, motsvarande 18 procent, vårdats blott mellan 1 och 2 veckor; att 154, motsvarande 20 procent, vårdats mellan 2 o. 3 veckor. Men af tab. framgår ock å andra sidan, att 41 kvinnor, motsvarande 5,2 procent vårdats från och med 4 till och med 6 månader; samt att 10 stycken, motsvarande 1,3 procent, vårdats mer än 6 månader, däraf en kvinna i 16 månader för samma gonorré.

Bland de 254, som sålunda vårdats högst 2 veckor, funnos emellertid 147, hos hvilka gonokocker icke kunde konstateras å sjukhuset (ehuru, såsom redan nämnts, samme undersökare vid närmast föregående besiktning funnit dylika). Hos de återstående 107 hade visserligen gonokocker under deras 2 veckors sjukhusvistelse påvisats. Men då, såsom ofvan framhållits, tiden mellan sista gonokockfyndet och utskrifningen i medeltal varit 12.6 — 14.4 dagar, hade alltså i själfva verket dessa 107 patienter å sjukhuset företett gonokocker endast en eller annan dag. De 154 patienter, som vårdats mellan 2 och 3 veckor, ha enligt samma beräkning haft gonokocker högst omkring 1 vecka. *Således finnas 408 patienter, motsvarande nära*

53 procent af hela antalet, hos hvilka gonokocker kunnat påvisas högst 1 vecka.

Beträffande arten af dessa gonorréfall, så talar redan den korta tid, under hvilken gonokocker hos dem kunnat konstateras, bestämdt emot att dessa infektioner varit akuta, utan tyder på att det handlat om ett tillfälligt gonokockfynd vid en gammal process. (Såsom förut framhållits, var ju ock sjukhusvistelsen för de kroniska urinrörsgonorréerna i genomsnitt endast 12 dagar.) Detta resultat af den statistiska sammanställningen bestyrktes vid ett genomgående af de ifrågavarande fallens sjukhusjournaler. Såsom typ för dessa korta sjukhusvistelser må efter Sandman anföras journalutdrag för två af dem, som under året $^{8}/_{2}$ 1904 till $^{1}/_{5}$ 1905 varit insända till sjukhuset hvardera 6 gånger för gonorré.

Fall 1. Em. G. S., 43 år, ålagd besiktningsskyldighet 1893. Å besiktningsbyrån undersöktes hon följande dagar, hvarvid positivt resultat och insändande till sjukhuset utmärkes genom ett +: 1904 $^{28}/_{2}$ + $^{2}/_{3}$ +, $^{21}/_{3}$ +, $^{5}/_{4}$, $^{26}/_{4}$, $^{23}/_{6}$, $^{1}/_{7}$, $^{8}/_{8}$ +, $^{17}/_{8}$ +, $^{30}/_{8}$, $^{31}/_{8}$ +.

Å sjukhuset vårdades hon under nedan angifna tider och diagnoser:

1904: $^{23}/_{2}$—$^{27}/_{2}$. Urethr. gon. chr.
» $^{2}/_{3}$—$^{5}/_{3}$. » » »
» $^{21}/_{3}$—$^{26}/_{3}$. » » »
» $^{8}/_{8}$—$^{13}/_{8}$. Endometrit. gon. chr.
» $^{17}/_{8}$—$^{22}/_{8}$. » » »
» $^{31}/_{8}$—1905 $^{27}/_{1}$ » » subacuta + pelveoperitonitis.

Vid alla dessa tillfällen gjordes dagliga gonokockundersökningar, alltid med negativt resultat utom vid sista sjukhusvistelsen, då gonokocker påvisades från $^{2}/_{9}$—$^{14}/_{11}$ 1904.

Fall 2. A—n. M. Fr. 26 år; ålagd besiktningsskyldighet 1899.

Mikroskopiska undersökningar å byrån nedanstående dagar med + utmärkande positivt resultat.

1904: $^{7}/_{3}$, $^{14}/_{3}$, $^{17}/_{8}$ +, $^{4}/_{5}$ +, $^{6}/_{6}$, $^{27}/_{6}$, $^{6}/_{7}$, $^{20}/_{7}$ +, $^{19}/_{8}$, $^{13}/_{9}$, $^{24}/_{10}$, $^{3}/_{11}$, $^{24}/_{11}$ +, 1905: $^{2}/_{1}$, $^{27}/_{1}$ +, $^{2}/_{3}$, $^{9}/_{3}$ +, $^{28}/_{4}$.

Pat. vårdades å sjukhuset under nedanstående tider och diagnoser:

1904: $^{17}/_{3}$—$^{23}/_{4}$. Ur. gon. subac. Gonokocker + $^{18}/_{3}$—$^{13}/_{4}$.
» $^{4}/_{5}$—$^{24}/_{5}$. Ur. et endom. gon. subac. Gonokocker + $^{5}/_{5}$—$^{10}/_{5}$.
1904: $^{20}/_{7}$—$^{5}/_{8}$. Ur. gon. chron. Gonokocker + $^{21}/_{7}$.
» $^{24}/_{11}$—$^{9}/_{12}$. Ur. gon. chr. Gonokock. + $^{25}/_{11}$.

1905: $^{27}/_{1}$—$^{17}/_{2}$. » » » » + $^{28}/_{1}$—$^{31}/_{1}$.
» $^{9}/_{3}$—$^{4}/_{4}$. » » » » + $^{10}/_{3}$.

Vid de anförda sjukhistoristorierna voro de särskilda sjukhusvistelserna jämförelsevis korta. Den *sammanlagda* tiden för sjukhusinterneringarna kan emellertid uppgå till en mycket ansenlig tid, när nämligen snart efter utskrifningen ånyo vid besiktningen gonorré diagnosticeras. Af de under året 1904 å Stockholms prostitutionssjukhus för gonorré vårdade kvinnorna voro ungefär 6 procent internerade i medeltal 8,5 månader, fritiden frånräknad.

Såsom exempel må från Sandman lånas följande sjukhistoria:

Fall 3. L—m, E. K., f. 1877; ålagd besiktningsskyldighet d. $^{25}/_{2}$ 1904. Journal 1904: N:r 140.
Intagen å sjukhuset $^{25}/_{2}$ 1904.
Utskrifven $^{29}/_{11}$ 1904.
Underhållsdagar 278.
Diagnos: Urethritis et paraurethritis gon. subacuta.
Pat. hade från d. $^{26}/_{2}$ till d. $^{16}/_{11}$ 1904 talrika gonokocker i urethra; under hela tiden blefvo, trots talrika prof, gonokocker aldrig påvisade i cervixsekretet.
D. $^{19}/_{12}$ togs prof å besiktningsbyrån med positivt resultat, hvarpå hon insändes till sjukhuset: journal N:r 980.
Intagen d. $^{19}/_{12}$ 1904.
Utskrifven d. $^{26}/_{1}$ 1905.
Underhållsdagar 38.
Gonokocker påvisades både i urethra och cervix.
D. $^{7}/_{2}$ 1905 togs prof å besiktningsbyrån med positivt resultat, hvarför hon ånyo insändes till sjukhuset: journal N:r 88.
Intagen d. $^{7}/_{2}$ 1905.
Utskrifven d. $^{4}/_{3}$ 1905.
Underhållsdagar 26.
Gonokocker påvisade i urethra.
D. $^{1}/_{4}$ togs prof å byrån med negativt resultat, d. $^{29}/_{4}$ nytt prof, positivt, hvarpå hon insändes till sjukhuset, där hon denna gång vårdades 47 dagar. Ännu en gång under 1905 vårdades hon för gonorré, då under 80 dagar.

(Forts.)

Periodisk litteratur.

Här meddelas de senaste tidskriftshäftenas innehåll med undantag af referat, boknyheter m. m.

Norsk Mag. for Lægevidenskaben, n:o 8. *Sofus Widerøe:* En differentialdiagnostisk pusreaktion. — *Kristen Andersen:* Cancerns fordelning paa aldersklasserne sammenlignet med andre sygdomme og seet i forhold til cancerens ætiologi. — *Arent de Besche:* Et tilfælde af dobbeltsidig malign binyresvulst med metastaser til bensystemet.

Ugeskrift for Læger, n:o 28—31. Bekendtgørelse indeholdende midlertidige Bestemmelser angaaende Bestyrelsen af Statens Sundhetsvæsen. — *Læge Trautner:* Betragtninger over Colitis colica og dens Behandling. — *Viggo Christiansen:* Et Tilfælde af akut Myelitis, optrædende under Billedet af en Brown Séquards Paralyse. — *K. Carøe:* Stadsfysikus Theodor Wilhelm Grothaus. — *Fr. Tobiesen:* En Sterilisator for tuberkuløst Opspyt. — *Valdemar Bie:* Om tidlig Diagnose af Tyfus ved Dyrkning af Tyfusbaciller fra Blod og Fæces.

Uppsala läkarförenings förhandlingar, n:o 5 o. 6. *Torsten J:son Hellman:* Om Sahli's Desmoidreaktion. — *Ragnar Friberger:* Några ord om tuberkulosdispensairen i Uppsala. — *Patrik Haglund:* Om fraktur å calcanei epifyskärna i uppväxtåren.

Finska läkaresällskapets handlingar, aug. *Hj. von Bonsdorff:* Om den Estlanderska torakoplastin. — *A. Palmberg:* Andra internationella kongressen för bostadshygien i Genève 1906. — *E. Juselius:* Iris bakre pigmentepitels utveckling i den sekundära ögonblåsan. — *E. Luukonen:* Ett fall af hemiplegia infantilis post scarlatinam. — *Hj. Bergholm:* Betraktelser i anledning af en pubeotomi. — *C. Tigerstedt:* Till kännedomen om förhållandena i kärlsystemet vid ökad blodmängd. — *K. Hedman:* Erfarenheter från en auskultering vid Stockholms epidemisjukhus. — *Ali Krogius:* Ett fall af multiloulär echinococcus i Tibia.

Hvarjehanda notiser.

Jubileumsfondens sanatorier. Vid början af innev. sept. månad var antalet patienter, som väntade på ledig plats vid sanatorierna, följande:

	Män			Kvinnor		
	Hålahult	Österåsen	Hessleby	Hålahult	Österåsen	Hessleby
Plats i helenskildt rum à 3,50 pr dygn	1	3	4	2	2	6
» i halfenskildt » » 2,50 » »	5	9	13	6	3	21
» i allmänt » » 1,25 » »	66	47	53	35	24	48
» i » » » 0,50 » »	68	53	59	54	11	46

Tuberkulosundersökningar inom Stockholms folkskolor. Doktor Sture Carlsson har inom folkskoleöfverstyrelsen väckt förslag därom, att öfverstyrelsen skulle hos stadsfullmäktige begära ett anslag af 7.500 kronor att ställas till öfverstyrelsens förfogande för att låta anställa undersökningar särskildt beträffande lungtuberkulosens utbredning bland

folkskolebarnen, företrädesvis i de klasser, där obligatorisk läkareundersökning ej för närvarande äger rum.

Tuberkulosstudier. Nationalföreningens mot tuberkulos trenne stipendier för läkare, som önska genomgå en kurs vid jubileumsfondens sanatorier i lungsotens igenkännande, behandling och hygien, hafva tilldelats doktorerna Barr (Hålahult), ex. prov.-läk. i Nätra Hollström (Österåsen) och 2:e stadsläk. i Nyköping Palmi (Hesselby).

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Biträd. läk.-tj:n vid epid.-sjukhuset i Uppsala (tillträdes 1 okt.; löneförmåner: 1,800 kr. jämte fri bostad och kost; sökes hos sjukhusets styrelse, adr. borgmästaren Radhe, Uppsala) (se annons i dagens n:r)	15 sept.
Prov.-läk.-tj:n i Åsele distr.[1])	16 sept.
Prov.-läk.-tj:n i Norrtälje distr.[1])	16 sept.
Extra prov.-läk.-tj:n i Tranås distr. (ledigförklarad på grund såväl af ny femårsperiod som — *enligt förändrad annons* i posttidn. — af nuv. innehafvarens afgång; distr. omfattar Tranås köping jämte Säby, Linderås och Frinnaryds socknar af Jönköpings län med läk.-station och apotek i Tranås; invånarantal 9,978 den 1 jan. 06; lön 1,125 kr.; sökes hos läk.-styr:ns ordf. B. E. Gelott, Tranås)	17 sept.
Las.-läk.-tj:n i Luleå[1]) (löneförmåner sammanlagdt 4,250 kr.)	20 sept.
Extra prov.-läk.-tj:n i Tjörns distr.[2]) (ledigförklarad för tiden t. o. m. 1911; distr. omfattar Stenkyrka, Valla, Klöfvedals, Rönnängs och Klädesholmens socknar af Göteborgs och Bohuslän med 10,000 invånare den 1 jan. 05; läkarstation och apotek vid Lilldal i Stenkyrka socken; lön 3,000 kr.)	21 sept.
Extra prov.-läk.-tj:n i Indalslidens distr.[2]) ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	23 sept.
Extra prov.-läk.-tj:n i Aspa distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	28 sept.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Hernösand[3]) (löneförmåner: 2,000 kr. jämte bostad och kost)	2 okt.
Underläk.-tj:n v. Eira, Stockholms stads och läns sjukhus (löneförmåner: 2,400 kr. jämte bostad; ansökan, ställd till sjukhusets direktion, inlämnas å exp., Handtverkargatan 13)	4 okt.
En underläk.-tj. v. Uppsala asyl[3]) (löneförmåner: 2,500 kr. — 3,000 kr. för lic. — jämte bostad och kost)	7 okt.
Stadsläk.-tj:n i Strömstad (lön: 1,250 kr, sökes hos magistraten)	7 okt.

Enligt annons i Post- o. Inrikes tidn. den 6 dennes *återkallas* ledigförklarandet af en i samma tidn. den 2 dennes annonserad hosp.-läk.-tj. i Piteå
Obs.! den ofvan införda ändringen angående ex. prov.-läk.-tj:n i Tranås distr.

Lediga resestipendier:

Riksstatens större resestip. för civila läkare å 2,000 kr.[1]) 30 sept.
Riksstatens mindre resestip. f. civila läkare å 1,500 kr.[1]) 30 sept.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Sotholm[1]) (pensionsafgift 200 kr.) 4 okt.
Apoteket i Mörtfors[1]) 6 okt.

Af Kungl. Maj:t utnämnda och transporterade:

Till prov.-läk. i Katrineholms distr.: prov.-läk. i Målilla distr. *H. A. Willén.*

Af Med.-styr:n upprättade förslag:

Till *prov.-läk.-tj:n i Nedre Fryksdalens distr.* F. A. Lindstein (med förord): F. Gustafsson, K. L. Rosén.

Af vederbörande myndighet antagna:

Till ex. prov.-läk.-tj:n i Västra Vrams distr. (för tiden t. o. m. 1912): lic.. *Gustaf Alling.*

Sökande:

Till *ex. prov.-läk.-tj:n i Kyrkhults distr.:* lic:rna L. Holmlin, E. Kinnvall och V. Sterner.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

E. prov.-läk. *Cavalli-Björkman* t. f. stadsläk. i Strömstad fr. 1 sept. (v).
Lic. *C. Hesselgren* t. f. ex. prov.-läk. i Uddeholms distr. 14 sept.—5 okt. (t).
Fältl.-stip. *Wingren* ex. läk. v. infanteriets volontärsskolor 15 sept.—8 okt.
Kand. *G. Trägårdh* t. f. las.-underläk. i Hernösand fr. 1 sept. (v).
Kand. *L. Widner* t. f. ex. prov.-läk. i Kils distr. 10 sept.—10 okt. (t).
Lic. *A. R. Andersson* t. f. ex. prov.-läk. i Fellingsbro distr. 10 sept.—9 okt. (t).
Lic. *E. Welinder* t. f. ex. prov.-läk. i Mörtfors distr. 10 sept.—10 okt. (t).
Fältl.-stip:rna *Hägg, Knaust* och *Amundsson* ex. läk. under reg:tsöfn:rna vid Jönköpings, Värmlands och Västgöta reg:ten.
Kand. *V. Wigert* t. f. aman. v. Stockholms hosp. 4—27 sept. (t).
Kand. *Gunnar Lundin* t. f. bitr. las.-läk. i Sundsvall 5—30 sept. (t).
Lic. *Gustaf Asplund* t. f. las.-underläk. i Helsingborg 1 okt.—31 dec. (t).
Kand. *Edv. Malmgren* t. f. stadsläk. i Ulricehamn 10—30 sept. (t).
Lic. *V. Annell* t. f. ex. prov.-läk. i Östervåla distr. 5—19 sept. (t).
Kand. *W. Ruhe* t. f ex. prov.-läk. i Kiruna distr. 14 sept.—3 nov. (t).
Lic. *K. Linder* t. f. stadsläk. i Alingsås 9 sept.—3 okt. (t).

Död:

Prakiserande läkaren i Stockholm, med. licentiaten *Bernhard Henrik Salander* afled den 4 dennes vid 60 års ålder.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 20 september 1907.

4:e årg. | Redaktion: Knut Kjellberg och Hjalmar Forssner. | N:o 38.

Innehåll: Magnus Möller: Är en gonorrékontroll möjlig? — Prov.-läk.-distriktens omreglering. — Meddelande från Styrelsen för Extra och Biträdande prov.-läkarnes Ömsesidighetsförening. — Älfsborgs och Skaraborgs läkarföreningars sammanträde i Alingsås. — — Förslaget till ändring af läkaretaxan. — Till herrar medlemmar af prov.-läkarkåren. — Offentliga underrättelser.

Är en gonorrékontroll möjlig?

Af

Magnus Möller.

(Forts. och slut fr. n:r 37).

Det framhölls härofvan, huru delade åsikterna äro bland läkarna om lämpligaste behandlingsmetoden vid kvinnlig gonorré äfvensom om den nödvändiga behandlingstidens längd. Dessa meningsskiljaktigheter sammanhänga på det intimaste med *olika läkares skiljaktiga uppfattning om botligheten öfverhufvud af den skörlefvande kvinnans gonorré.*

Gonorrébehandlingens prognos ställes nämligen mycket olika på olika sjukhus. Detta dock icke beträffande de färska infektionerna i nedre delarna af urogenitalapparaten, hvars prognos af alla anses något så när gynnsam, utan i fråga om den äldre gonorrén och särskildt den kroniska lifmodergonorrén. Medan i allmänhet gynekologerna äro mycket pessimistiska och bland syfilidologerna *Behrend*[1], *Kromayer*[2] och andra uttala långt gående åsikter om obotlighet eller åtminstone en ytterlig svårbotlighet af den skörlefvande kvinnans gonorré, söker å andra

---

[1] *Behrend,* Ueber die Gonorrhoebehandlung Prostituierter. Berl. klin. Wochenschr. 1898, s. 115.

[2] *Kromayer,* Zur Austilgung der Syphilis. Berlin 1898.

sidan *Neisser*[1] och andra Breslauerskolans män visa, att sådana pessimistiska åsikter äro vilseledande.

Sålunda fann *Lappe*[2] att af 393 på prostitutionsafdelningen af Allerheiligen Hospital i Breslau under åren 1892—1896 vårdade gonorréfall, som sedan ånyo intagits efter i genomsnitt 5½ månad, 231 fortfarande hade gonokocker, under det att hos 162 inga sådana kunde konstateras. Af de 231 hade 16 fall vid sin återkomst till sjukhuset en annan lokalisation af sin gonorré, hvaraf författaren sluter, att de voro på nytt infekterade. Han anser därför, att minst 162 + 16 = 45 % blifvit botade. *Harttung*[3] meddelar senare från samma sjukhus, att af 72 för gonorré behandlade prostituerade 27 (37,5 %) förblifvit gonokockfria. *Schultz*[4] och *Parádi*[5] hafva företagit läkningsförsök med kraftiga antibakteriella medel (10 % argentamin och lygosin-natrium) å resp. 157 och 244 lifmodergonorréer å sjukhusen i Budapest och Klausenburg. Af *Schultz* fall återkommo 33 af Parádis 69 och af dessa voro 57,5 resp. 55 procent fria från gonorré. (I dessa statistiker synes icke hafva gjorts skillnad mellan akuta och kroniska gonorréer).

Från samma klinik i Klausenburg meddelar professor *von Marschalkó*[6], i en statistisk redogörelse för 99 urinrörs- och 108 lifmodergonorréer, att hvarenda en af de förra och 101 af de senare blefvo botade (på en genomsnittstid af resp. 28 och 56 dagar).

I tämligen god öfverensstämmelse med de anförda siffrorna stå, såsom af tab. 3 framgår, de beräknade läkningsresultaten från afdelningen för frivilligt vårdade kvinnor å sjukhuset S:t Göran[7]), *där emellertid genomsnittsbehandlingstiden är dubbelt längre än å flertalet afdelningar för prostituerade.*

---

[1] *Neisser,* Nach welcher Richtung lässt sich die Reglementierung der Prostitution reformieren? Zeitschr. f. Beh. d. Geschlechtskr., Bd. 1, 1903, n:r 3, p. 199.

[2] *Lappe,* Statistische Beiträge zur Gonorrhoe der Prostituierten. Allgem. med. Zentralzeitung, 1897, 7, 8.

[3] *Harttung,* l. c.

[4] *Schultz,* l. c.

[5] *Parádi,* l. c.

[6] *v. Marschalkó,* Ist die Gonorrhoe der Prostituierten heilbar? Berl. klin. Wochenschr., 1902, p. 330.

[7] *Almkvist,* l. c.

Tabell 3. Lifmoder-gonorréer hos fullvuxna kvinnor å sjukhuset S:t Göran.

År	Antal behandlade fall	Utskrifna såsom antagligen friska	Utskrifna såsom ej fullt friska	Af de »antagligen friska» efteråt icke observerade	Af de »antagligen friska» efteråt konstaterade friska	Af de »antagligen friska» efteråt befunna sjuka	Procent konstaterade friska af efteråt observerade fall
1898	12	10	2	8	1	1	50 %
1899	24	22	2	15	5	2	71,4 »
1900	30	27	3	15	8	4	66,6 »
1901	34	28	6	24	3	1	75 »
1902	25	24	1	16	4	4	50 »
1903	33	28	5	23	1	4	20 »
S:a	158	139	19	101	22	16	58 %

Mot samtliga dessa siffror kan naturligtvis göras den anmärkningen, att de äro så små, att slumpens inflytande alls icke är utesluten. Läkningsresultaten å tab.. 3 växla ju ock högst betydligt för olika år, sista året 1903 var antalet botade endast 20 procent.

Måhända invänder någon, att dessa siffror måste vara minimisiffror för de botade, emedan bland de återkomna patienterna, hos hvilka gonorré konstaterades, en eller annan kan hafva varit botad, men blifvit reinfekterad. Gentemot denna felkälla bör emellertid ställas en annan, nämligen den, att man för konstaterandet af »botad» nöjt sig med ett eller några få negativa undersökningsresultat. Om man undersökt oftare, skulle procenten »botade» ytterligare sjunkit ihop.

Gentemot dessa jämförelsevis goda läkningsresultat stå emellertid andra mindre goda.

Pontoppidan[1] meddelar från Vestre Hospital 1904, att af 48 patienter, som under årets lopp behandlats för gonorré i uretra eller uterus och som från sjukhuset utskrifvits efter två negativa undersökningar till arbetsanstalt eller fängelse, hvarifrån de ånyo inkommo till sjukhuset, utan att under mellantiden hafva vistats på fri fot, hade 28 d. v. s. 58 procent vid återkomsten gonokocker.

För bedömande af gonorrébehandlingens resultat äro gifvetvis sådana meddelanden af särskildt värde, som omfatta ej blott kvinnornas sjukhusvistelser utan äfven mellantiderna vid besiktningsbyrån. Och detta isynnerhet när sjukhusläkaren

[1] *Pontoppidan,* Vestre Hospital i 1904. Köbenhavn 1905.

äfven är besiktningsläkare. Sådana undersökningar föreligga från bl. a. Stuttgart och Stockholm.

I Stuttgart är *Hammer*[1] ensam besiktnings- och sjukhusläkare och kan sålunda oafbrutet uppmärksamma de besiktningsskyldiga kvinnorna. Mikroskopering har konsekvent och noggrant tillämpats både på sjukhuset och vid besiktningarna alltsedan 1894. Ehuru Hammer i princip är anhängare af reglementeringssystemet, är hans erfarenhet om gonorrékontrollens möjlighet föga uppmuntrande. I fråga om *lifmodergonorré* måste man merendels stanna i tvifvel huruvida den är läkt eller icke, emedan i många fall gonokocker blott uppträdde helt sporadiskt, antingen man behandlade eller icke och emedan ingen för läkning karakteristisk förändring i öfriga symptom, sekretens beskaffenhet o. s. v., behöfde inträda. Vid *urinrörsgonorré* vore utsikterna bättre. Af 450 dylika blefvo 50 absolut säkert botade. I 30 fall tycktes efter några veckors behandling gonokocker och varceller vara borta och patienterna utskrefvos, men när de kommo till besiktningen, befanns deras gonorré vara kvar, hvadan de för en och samma gonorré ånyo måste intagas på sjukhuset, somliga ända till 7, 8 och 10 gånger. I en del fall af urinrörsgonorré kunde ingen enda gång gonokockfrihet konstateras, sannolikt på grund af att bakterierna lågo i skydd för behandlingen inuti blindgångar i urinröret.

»Besiktnings- och sjukhusläkarens ställning gentemot dylika fall, vid hvilka den mikroskopiska undersökningsmetodens exakthet blir nästan till en börda, är rätt bekymmersam, ty — frågar man sig — med hvilken rätt inspärrar man egentligen dessa patienter, om man ändå icke kan bota dem. Och huru skall man gå till väga med dem? Att månadsvis kvarhålla dem på en moraliskt fördärfvande prostitutionsafdelning utan att kunna bota dem är en grymhet, som alls icke står i rimlig proportion till hvad man därmed vill och kan ernå.» Frågan får emellertid i Stuttgart sin praktiska lösning därigenom, att sjukhusafdelningen ej räcker till att vårda dem mer än en kortare tid.

Från Stockholm föreligga *Sandmans* undersökningar för året 1904. De omfatta 857 inskrifna kvinnor, hvilka under ett år iakttagits såväl inom som utom sjukhuset. Vid besiktningarna skedde mikroskopisk undersökning å de regelbundet observerade kvinnorna i genomsnitt hvar 22 dag. Undersökaren var densamme å sjukhuset och å besiktningsbyrån, men profven å den senare togos af besiktningsläkarna. Af de från cervix tagna profven voro omkring 13 % odugliga

[1] *Hammer*, l. c.

på grund af menses, af alltför stark förorening med vaginalbakterier eller af andra orsaker.

Af Sandmans sammanställning framgå bland annat två nya anmärkningsvärda iakttagelser:

1. Hos de från sjukhuset utskrifna kvinnorna är sannolikheten att påträffa gonokocker större vid de två à tre första proftagningarna å besiktningsbyrån än sedermera.

2. Denna sannolikhet är större i samma mån kvinnorna ofta varit sjukhusinternerade för gonorré.

Tab. 4 lämnar en öfversikt af resultaten af gonokockundersökningarna vid besiktningsbyrån under 16 månader (febr. 1904 —april 1905).

Tab. 4. Smittningsprocenten för de kvinnor, hos hvilka under undersökningens lopp 1:sta gången gonokocker konstaterats.

1	2	3	4	5	6	7
Tid efter observationens början	Medeltal oinfekterade[1]		Antal infekterade		Antal infekterade pr månad i procent af medeltalet ej infekterade[1]	
	Hela materialet	Regelbundet observerade	Hela materialet	Regelbundet observerade	Hela materialet	Regelbundet observerade
mån.						
0	—	—	—	—	—	—
1	558	484[2]	71	71	13	16
2	416	260	63	63	15	24
3	340	167	41	35	12	21
4	288	111	23	16		
5	254	87	14	6	8	12
6	224	71	22	11		
7	191	51	18	12		
8	167	38	10	6	7	16
9	149	32	5	1		
10	129	27	8	3		
11	111	22	5	1	5	7
12	92	19	4	1		
13	72	16	6	2		
14	53	13	6	2	11	11
15	32	9	5	—		
16	10	4	1	—		

[1]) Hos hvilka gonokocker ej iakttagits.

[2]) Dessutom 202, hos hvilka vid 1:sta undersökningen gonokocker påträffades.

Endast å en del af kvinnorna kunde prof tagas i enlighet med den fastställda planen, d. v. s. minst en gång i månaden. Sammanställningen utarbetades därför dels med hänsyn till *hela materialet*, där hvarje kvinna medräknats från hennes första till sista gonokockprof, oberoende af längre eller kortare afbrott, dels med hänsyn till de hela tiden *regelbundet observerade*. I kol. 2 och kol. 3 meddelas medeltalet kvinnor, hos hvilka gonokocker ej konstaterats, däraf kol. 2 hela materialet, kol. 3 de regelbundet observerade, kol. 4 och 5 ange antalet infekterade per månad af de observerade resp. regelbundet observerade. Af uppgifterna i kol. 2 och 4, resp. 3 och 5 kan man beräkna antalet kvinnor, hos hvilka gonokocker konstaterats under 1:a, 2:a, 3:e o. s. v. månaden i procent af medeltalet ännu ej infekterade (kol. 6 och 7). Talen i dessa kolumner angifva således *smittningsprocenten eller sannolikheten för positivt gonokockfynd vid olika tidpunkter under undersökningens förlopp.*

Af de 857 undersökta kvinnorna konstaterades gonokocker hos 504, däraf 202 vid första undersökningen samt 302 vid de följande. Hos en del af dessa 504 konstaterades gonokocker upprepade gånger under undersökningens förlopp; antalet kurhusremisser för gonorré under nämnda tid uppgick till 776.

Af tab. 4 framgår att *smittningsprocenten är störst under de första tre månaderna,* då den för hela materialet är 13, 15, 12 samt för de regelbundet observerade 16, 24, 21 (förutom 24 %, som vore infekterade vid allra första undersökningen). Att märka är också, att *siffrorna för de regelbundet observerade genomgående äro högre,* hvilket häntyder på att en del af de oregelbundet observerade varit infekterade, men att detta icke kunnat konstateras, enär de uteblifvit från besiktning.

De kvinnor, hos hvilka gonokocker konstaterats, remitterades till kurhuset. Sedan de under en tid af 1 à 2 veckor visat sig vara fria från gonokocker utskrefvos de. Efter utskrifningen uteblefvo en del från besiktningsbyrån, andra kvarstodo fortfarande under observation. Hos en del af dessa senare konstaterades efter en tid ånyo gonokocker, hvarvid de ånyo internerades och detta kunde upprepas flera gånger. Tab. 5 lämnar en öfversikt öfver de *upprepade infektionsfallen:*

Tab. 5. Öfversikt öfver antalet fall af upprepade infektioner.

1	2	3	4	5
Efter undersökningens början infekterade antal gånger	Efter utskrifningen från sjukhuset ej vidare observerade	Antal observerade	Däraf infekterade	Däraf ej infekterade
—	—	857	504	353
1 gång	109	395	224	171
2 gånger	54	170	117	53
3 »	30	87	43	44
4 »	21	22	15	7
5 »	5	10	7	3

Af tab. 5 har Sandman uträknat *smittningsprocenten för hvarje månad efter utskrifningen från sjukhuset.* Resultaten äro sammanställda i tab. 6 och 7.

Tab. 6. Öfversikt af smittningsprocenten vid olika tid efter undersökningens början, omfattande hela materialet.

Efter undersökningens början infekterade antal gånger	Antalet infekterade pr månad i procent af medeltalet ej infekterade						
	0—1	1—2	2—3	3—6	6—9	9—12	12—15
	månader efter undersökningens början						
Ingen gång	13	15	12	8	7	5	11
1 gång	19	18	17	11	7	9	5
2 gånger	25	27	17	19	19	—	—
3 »	26	15			15	—	—
4 »	56				—	—	—
5 »	83	27			—	—	—

Tab. 7. Öfversikt af smittningsprocenten vid olika tid efter undersökningens början, omfattande de regelbundet observerade.

Efter undersökningens början infekterade antal gånger	Antalet infekterade pr månad i procent af medeltalet ej infekterade						
	0—1	1—2	2—3	3—6	6—9	9—12	12—15
	månader efter undersökningens början						
Ingen gång	16	24	21	12	16	7	11
1 gång	27	31	25	12	3	4	—
2 gånger	34	47	20	15	20	—	—
3 »	35	26			—	—	—
4 »	69			14	—	—	—
5 »	83	44			—	—	—

Af tab. 6 och 7 framgår att *smittningsprocenten för alla »infektionerna» är högst under 1:a, 2:a och 3:e månaden efter utskrifningen från kurhuset.* Vidare att *procenten »infekterade» under 1:a månaden efter utskrifningen från kurhuset tilltager i afsevärd grad med antalet gånger kvinnorna varit intagna å kurhuset.*

Bägge dessa omständigheter tyda onekligen på, att kvinnorna endast skenbart blifvit botade å sjukhuset. Under sjukhusbehandlingen hafva efter någon tid gonokocker ej vidare kunnat konstateras, men efter utskrifningen snart ånyo visat sig. Isynnerhet de sista grupperna i tab. 7, d. v. s. de som varit intagna 4 à 5 gånger under de ifrågavarande 16 månaderna, torde väl så godt som uteslutande utgjorts af dylika kroniska gonorréer med dessas mycket nyckfulla och växlande gonokockfynd.

En synpunkt, som vid granskningen härofvan af behandlingsresultaten måste fasthållas, är den, huruvida å sjukhusens prostitutionsafdelningar i stort sedt, och försåvidt man kan döma af tillgängliga dokument, ett botande af gonorré är regel. Det är således i detta sammanhang icke fråga om den kvinnliga gonorréns botlighet i allmänhet, hvilket är en sak för sig. Utan här gäller blott att klargöra gonorrébehandlingens verksamhetsgrad *i fråga om skörlefvande kvinnor.*

I det föregående hafva flere fakta framlagts, hvilka icke vittna till förmån för gonorrébehandlingens effektivitet. De hufvudsakligaste af dessa voro följande:

1. Å flertalet prostitutionsafdelningar är genomsnittsvistelsen där alltför kort (omkring 20 à 30 dagar) jämförd med den för kvinnlig gonorré eljest vanliga behandlingstiden (å sjukhuset S:t Göran 64 dagar) för att ett definitivt botande skall kunna hafva ägt rum (för den kroniska urinrörsgonorrén erfordrades i medeltal blott 11 dagar å Stockholms kurhus!).

2. Medan en del sjukhusläkare anse sig bota hvartenda fall af urinrörsgonorré (v. Marschalkó o. a.) och större delen af lifmodergonorréer, ernås ej tillnärmelsevis så goda resultat af sådana sjukhusläkare, som därjämte hafva tillfälle att såsom besiktningsläkare regelbundet iakttaga kvinnorna äfven under tiden efter utskrifningen från sjukhuset (Hammer, Sandman).

3. Sannolikheten för att hos de såsom botade utskrifna kvinnorna ånyo konstatera gonokocker är störst under de närmaste månaderna efter utskrifningen och stiger i samma mån som kvinnorna ofta varit sjukhusinternerade för gonorré.

Den hufvudsakliga förklaringen till alla dessa meningsskiljaktigheter och olika uppgifter angående läkningsresultaten

äfvensom till de täta nyuppträdandena af gonokocker hos en del af de sjukhusbehandlade kvinnorna är den obeständighet i gonokockfyndet, som redan flere gånger framhållits. Bland de kroniska gonorréerna har man att i fråga om gonokockfyndet särskilja *två sinsemellan motsatta typer*, nämligen en vanligare, vid hvilken gonokocker uppträda helt sporadiskt och nyckfullt, oafsedt om behandling företages eller icke och en mindre vanlig, vid hvilken gonokocker anträffas vid hvarje undersökningstillfälle under månader och ibland under år, i trots af den mest energiska behandling. Hos 53 procent af Sandmans 776 gonorréer läto sig gonokocker påvisas under högst 1 vecka; i 6 procent konstaterades å sjukhuset gonokocker under tre fjärdedels år eller längre. Mellan dessa yttertyper ligga de öfriga fallen såsom öfvergång. Fallen af den senare typen häntyda mera direkt på vår terapis ofullkomlighet. Men den första typen är praktiskt långt viktigare genom denna grupps storlek och genom de misstag i fråga om diagnos och prognos denna typ måste leda till. Fall tillhörande denna grupp är det tydligen ej möjligt att hålla under en kontroll, som förtjänar detta namn.

En granskning af gonorrékontrollens resultat leder alltså till ett påvisande af dess undermålighet. Detta gäller emellertid endast kontrollen i dess hittillsvarande form. Det återstår att undersöka, huruvida icke en effektiv gonorrékontroll bör kunna ernås genom dess reformering i riktning af ett skärpande. Gonokockundersökningarna vid byrån kunde företagas oftare, t. ex. minst en gång hvarje vecka, sjukhusinterneringarna kunde förlängas och krafven på smittofrihet vid utskrifningen från sjukhuset skärpas.

Hvarje skärpning af kontrollen ökar emellertid den redan nu som det tyckes oöfvervinneliga svårigheten att hålla de inskrifna kvinnorna under regelbunden observation. Denna svårighet framgår af en af *Sandman* uppgjord tabell, när man jämför

a) *Hela materialet*, där hvarje kvinna medräknats från hennes första till sista gonokockprof, oberoende af längre eller kortare afbrott; och

b) *De regelbundet observerade*, dit hvarje kvinna räknats, så länge hennes afbrott icke uppgått till 2 månader.

Tab. 8. Öfversikt öfver kvinnornas afgång pr månad.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Tid efter observationens början	Hela materialet				Regelbundet observerade			
	Antal afgångna pr månad	Antal kvarstående	Antal kvarstående i procent af begynnelse-antalet	Antal afgångna pr månad i procent af de vid månadens början kvar-stående	Antal afgångna pr månad	Antal kvarstående	Antal kvarstående i procent af begynnelse-antalet	Antal afgångna pr månad i procent af de vid månadens början kvar-stående
mån.			%	%			%	%
0	—	857	100	—	—	857	100	—
1	147	710	83	17	286	571	67	33
2	52	658	76	6	109	462	54	19
3	54	604	70	8	100	362	42	22
4	43	561	65	7	76	286	33	21
5	32	529	62	6	42	244	28	15
6	28	501	58	5	35	209	24	14
7	37	464	54	7	33	176	21	16
8	32	432	50	7	20	156	18	11
9	43	389	45	10	22	134	16	14
10	39	350	41	10	24	110	12	18
11	32	318	37	9	11	99	11	10
12	48	270	31	15	11	88	10	11
13	48	222	26	18	12	76	8	14
14	56	166	19	25	13	63	7	17
15	66	100[1]	12[1]	40[1]	22	41[1]	5[1]	35[1]
16	100[1]	—	—	—	41[1]	—	—	—

Af kol. 8 och 9 synes att *afgångshastigheten och afgångsprocenten för de regelbundet observerade är betydligt större än för hela materialet.* Efter 1 månad kvarstå endast 67 % af det ursprungliga antalet; efter 2 månader föga mer än hälften, efter 6 månader ungefär en fjärdedel, efter 12 månader en tiondedel, efter 15 månader en tjugondedel. (Afgångsprocenten stiger något under de två sista månaderna beroende på undersökningens afslutning).

Det framgår häraf att en byråskrifven kvinna endast någon kortare tid kan hållas under regelbunden observation.

Nu kan man med rätt stor sannolikhet antaga, att en stor del af dem som afgått just varit infekterade kvinnor, hvilka i medvetandet härom och af rädsla för interneringen upphört med besöken å besiktningsbyrån. *Afgångshastigheten är nämligen för dem, hos hvilka gonokocker icke blifvit anträffade, betydligt större.*

[1] Kvarstående vid undersökningens slut.

än den är för summan af de infekterade och oinfekterade. Antalet kvarstående regelbundet observerade är i procent af det ursprungliga antalet:

	Af hela materialet	Af dem som afgå utan att gonokocker hos dem anträffats
	%	%
efter 3 mån.	42	19
» 6 »	24	9
» 9 »	16	6
» 12 »	10	4
» 15 »	5	2

Häraf framgår dessutom, att anledningen till, att en kvinna kan lämna byrån utan att gonokocker hos henne påträffats, ligger till en del däri, att hon inom en mycket kort tid lämnar densamma. *Af dem som observerats under ett helt år ha endast omkring 20 procent undgått gonorré.*

En skärpning af kontrollen leder således till en minskning af antalet regelbundet besiktigade. Under sista året hafva de mikroskopiska undersökningarna å besiktningsbyrån ökats från ungefär en hvar tredje vecka till en hvarje vecka. Under tiden har antalet besiktigade raskt nedgått från 180 à 200 i veckan till mindre än 100 på samma tid.

För att emellertid kontrollen må kunna motsvara sitt sanitära ändamål, bör den gifvetvis omfatta det största möjliga antal af skörlefvande kvinnor. Man får därför taga i öfvervägande, huruvida icke genom en skärpning och utsträckning af polisens verksamhet de kvinnor, som nu afvika, skulle kunna hållas till regelbunden observation, äfvensom huruvida icke inskrifningen kunde utsträckas till ett betydligt större antal af skörlefvande kvinnor.

Mot en utsträckning af inskrifning och preventivbesiktning uppreser sig emellertid med växande styrka tidsandan själf. Här i Sverige har bordell- eller kaserneringstvång aldrig kunnat genomföras, emedan folkopinionen funnits vara alldeles bestämdt däremot. Inskrifning och regelbunden tvångsbesiktning hafva varit möjliga, emedan åsikten om dess nödvändighet hittills varit förhärskande bland läkare och allmänhet. Det är ej längre så numera. Åsikterna om dessa saker äro nu mycket delade. Men om ett är man i alla läger ense, nämligen att *inskrifningen af kvinnor icke längre kan få försiggå på det formlösa sätt, som hittills varit brukligt.* Alla medgifva, att det härför måste kräfvas bestämda garantier, en dom grundad

på objektiva fakta eller något dylikt. Men så snart ett domstolsförfarande eller en fordran på objektiva garantier komme att träda i stället för det hittills öfliga diskretionära förfaringssättet, så inses lätt, att numerären af inskrifna kvinnor hastigt komme att nedgå.

I vår tid torde därför en skärpning af reglementeringen icke vara möjlig.

Om en skärpning af den medicinska och polisiära kontrollen icke låter sig genomföras och sålunda en ökning af systemets sanitära verkningsgrad är omöjlig, kunde man måhända nöja sig med det närvarande tillståndet sådant som det är i den tröstande tanken, att den nuvarande gonorrékontrollen, trots dess många ofullkomligheter, likväl torde göra *någon* nytta. En del af de värsta smittospridarna äro åtminstone under den tid de äro sjukhusinternerade hindrade från att utbreda sin smitta.

En profylaktisk åtgärd, som i och för sig är af sådan beskaffenhet, att mångtusendens rättskänsla däraf känner sig upprörd, kan dock omöjligen i längden upprätthållas genom ett så lamt vitsord, som att den gör någon, om ock ringa nytta. *En åtgärd med tvifvelaktigt rättsunderlag måste kunna uppvisa mycket stora och obestridliga resultat i profylaktiskt afseende för att detta såsom ett kredit må få anses uppväga de betänkligheter, som stå på dess debetsida.* Med gonorrékontrollen förhåller det sig nu så, att medan det icke är möjligt att påvisa positiva resultat i profylaktiskt afseende, så äro dess lyten mycket iögonfallande. Några af dessa äro följande:

1. Trots sin bristande effektivitet är dock *kontrollen af gonorré den som betingar det ojämförligt mesta arbetet och kostnaderna.* Vid besiktningarna påträffas mera undantagsvis syfilis och ulcus molle, och när dessa förekomma äro de jämförelsevis lätta att igenkänna. Oändligt mycket mera besvär och bekymmer för besiktningsläkarna vållar den insidiösa gonorrén. Detsamma gäller äfven i fråga om kurhusvården. Å Stockholms kurhus voro underhållsdagarna år 1904 för gonorré 25,136, för syfilis och ulcus molle tillsamman blott 3,173.

2. Genom inskrifning och regelbunden tvångsundersökning af en del skörlefvande kvinnor afskiljes en särskild pariasklass af ärelösa.

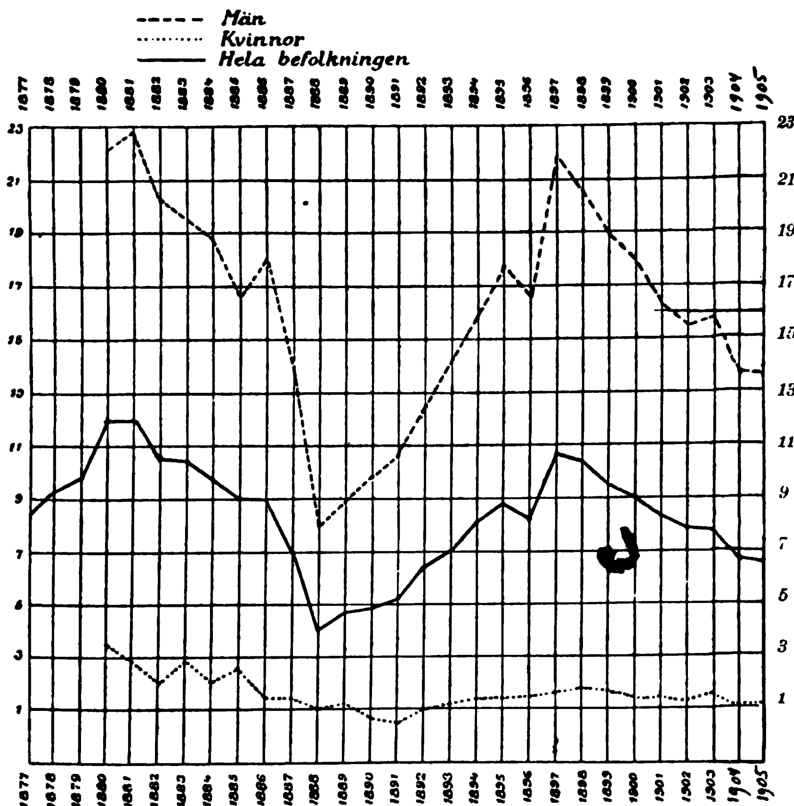
3. Genom ett kontrollsystem framkallas bland allmänheten föreställningen om en garanti för smittofrihet. Kontrollen göres medansvarig vid smittöfverförandet. »Hvad är det för en kontroll, som icke förmår afskilja de smittofarliga från de frigående!» får specialisten oafbrutet höra från patienterna.

Då sålunda den nuvarande s. k. gonorrékontrollen endast är ett missvisande sken af kontroll, då vidare en utveckling af systemet i riktning af ökad sanitär verksamhet icke synes möjlig, så bör gonorrékontrollen helt och hållet falla.

Då framställer sig frågan: skulle systemets upphäfvande medföra sanitära vådor? Den som genomskådat gonorrékontrollens värde hyser gifvetvis inga betänkligheter. Vid en sjukdom, som har en så oerhörd utbredning bland alla nyanser af prostituerade och dessas kundkrets i de större städerna, kan en kontroll af ett relativt litet antal af kvinnorna, t. o. m. om kontrollen å dessa vore effektiv, icke tänkas medföra afsevärdt gagn i det stora hela.

Det är i detta sammanhang af intresse att studera gonorréfrekvensen i Kristiania före och efter reglementeringssystemets upphäfvande 1888. Genom läkarnas anmälningsplikt förfogar man nämligen där alltsedan 1880 öfver ett användbart statistiskt material för bedömande af fluktuationerna i de smittosamma könssjukdomarnas förekomst bland befolkningen.

Fall af gonorré på 1,000 män och kvinnor samt på 1,000 personer af hela befolkningen i Kristiania under tiden 1877—1905.



Såsom af ofvanstående kurva framgår äro fluktuationerna i gonorréens förekomst — liksom i de smittosamma könssjukdomarnas öfver hufvud — tämligen betydliga. De omfatta ungefär 8-åriga perioder, kulminera 1880—81 och 1897, då gonorréfallen för hela befolkningen uppgingo till 12 resp. 10,8 pro mille, (för män 22,7 resp. 21,7) och nå sitt minimum 1888, då gonorréfallen för hela befolkningen utgjorde blott 4,2 (för män 8,1). Från 1897 till 1905, det sista år för hvilket siffror finnas offentliggjorda, hafva ånyo gonorréfallen — liksom syfilis — stadigt nedgått och utgjorde sistnämnda år för hela befolkningen 6,8 och för män 13,8 pro mille.[1] Vid tidpunkten för reglementeringens upphäfvande 1888 befann man sig således i en vågdal. När sedan under de därpå följande åren sjukdomsfrekvensen alltjämt steg, betraktades detta af reglementeringens anhängare såsom en uppenbar följd af systemskiftet 1888 och efter en ingående debatt i Kristianias läkaresällskap 1899 antogs med öfverväldigande majoritet ett yrkande på återinförande af reglementeringen. Ingen förändring vidtogs emellertid. Det oaktadt föll sjukdomsfrekvensen därefter för hvarje år. Detta i och för sig lyckliga faktum är af det största värde för bedömandet af statistikens vittnesbörd. Ty om efter kulminationspunkten 1897 med däraf föranledda farhågor ett systemskifte åter igen kommit till stånd med återinförande af den gamla kontrollen, skulle denna erhållit ett mäktigt stöd, ehuru fullkomligt falskt, i den under de följande åren skeende nedgången i sjukdomsfrekvensen. Nu åter är det genom Kristianiastatistiken, liksom genom erfarenheten från Köpenhamn och flere andra ställen, fullkomligt ådagalagdt, att de *smittosamma könssjukdomarna förete perioder af ökning och af minskning, men att därvid befintligheten eller frånvaron af en preventiv prostitutionskontroll icke synes spela någon märkbar roll.* Orsakerna till dessa epidemiska böljerörelser i könssjukdomarnas frekvens äro ännu outredda. Sannolikt äro de väl uttryck för många olika, på sjukdomarnas utbredning inverkande ekonomiska, social-hygieniska och andra faktorer.

Den, som är medveten om gonorrésjukdomens olycksbringande verkningar inom individens, familjens och samhällets lif, men som kommit till insikt om gonorrékontrollens verkningslöshet, måste i kampen mot denna sjukdoms utbredning välja andra vapen. Ett bland de viktigaste är spridandet af kunskap. Ty det är klart, att vid en sjukdom, som i regel icke förvärfvas

[1] Enligt nyss anländ »Beretning om de veneriske sygdomme i Kristiana i 1906» har under nämnda år gonorréantalet ytterligare nedgått: 5,4 pro mille för hela befolkningen och omkring 11 för män.

af någon annan än den som frivilligt utsätter sig därför, måste kunskap, som möjliggör och befordrar personlig aktsamhet vara ett hufvudmedel. Sättet och vägarna för upplysnings spridande äfvensom om den personliga profylaxen torde böra afhandlas i ett kapitel för sig.

Prov.-läk.-distriktens omreglering.

Vid 1903 års riksdag frambars inom andra kammaren af kontraktsprosten Karl Ludvig Johansson (Stora Mellby, Älfsborgs län) m. fl. en motion, som föranledde Riksdagen att besluta en skrifvelse med hemställan att Kungl. Maj:t täcktes *dels* låta utreda, i hvad mån den nuvarande provinsialläkardistriktsindelningen i riket vore otidsenlig och olämplig, *dels* låta uppgöra förslag till omreglering af denna distriktsindelning, i afsikt att bättre än hittills främja hälso- och sjukvården å landsbygden, *samt slutligen* vidtaga de åtgärder, som af en sådan utredning och af ett sådant förslag kunde föranledas.

Öfver denna framställning från Riksdagen afgaf medicinalstyrelsen den 9 mars 1904 ett und. utlåtande, som i sin helhet finnes återgifvet i Läk.-tidn. 1904 (sid. 264 o. 279). Enligt den i utlåtandet antydda planen skulle *de civila tjänsteläkarna* komma att blifva

a) *förste provinsialläkare* utan skyldighet att bestrida sjukvård, en i hvarje län, helt och hållet aflönade af staten;

b) *provinsialläkare* till mindre antal i hvarje län, likaledes aflönade af staten, för viktigare rättsmedicinska förrättningar och hälsovårdsangelägenheter;

c) *distriktsläkare*, hufvudsakligen för sjukvården på landsbygden, af hvilka en del aflönades helt och hållet af staten (i vissa nuvarande ordinarie prov.-läk.-distrikt), en del aflönades af orterna med bidrag af staten och slutligen en del aflönades ensamt af distrikten; samt såsom nu

d) *stads-* och *stadsdistriktsläkare* för sjuk- och hälsovården i städerna, aflönade af dessa.

Med.-styrelsens skrifvelse utmynnade i hemställan om tillsättandet af en kommitté med uppdrag att utreda såväl de af Riksdagen framställda spörsmålen som ock i samband därmed 1:o) om och i hvilken omfattning 1:e prov.-läkarna borde befrias från skyldigheten att utöfva sjukvård inom de åt dem anförtrodda prov.-läk.-distrikten, 2:o) om och i hvilken utsträckning den nuvarande prov.-läk-institutionen borde ombildas där-

hän att de hittillsvarande prov.-läk.-distrikten skulle ersättas af å ena sida ett mindre antal statsmedicidistrikt och å andra sidan af sjukvårdsdistrikt efter mönstret af de nuvarande extra prov.-läk.-distrikten. Vidare hemställdes om en särskild kommitté för revision af gällande föreskrifter angående rättsmedicinska obduktioner.

Den 17 juni 1904 tillsatte Kungl. Maj:t *tvänne kommittéer*, *den ena* för att verkställa utredning huruvida genom omreglering af indelningen i läkaredistrikt eller ändrade bestämmelser i afseende å läkarnes anställning och åligganden hälso- och sjukvården å landsbygden kunde bättre än hittills främjas, den *andra* för revision af de för rättsmedicinska undersökningar gällande stadgarna.

En redogörelse för den senare kommitténs betänkande är under utarbetning för Läkartidningens läsare. Den förstnämnda kommittén aflämnade den 10 dennes sitt betänkande till Kungl. Maj:t, och meddelas här nedan en kortfattad öfversikt af detsamma. Kommitterade hafva varit generaldirektör Linroth, f. d. 1:e prov.-läk. Björkman, f. d. öfverste Cederberg, extra prov.-läk. Dahlborg, hofmarskalken grefve Klingspor, landtbrukaren Gust. Odqvist och folkskolinspektör Rob. Johansson, de båda sistnämnda i ledigheterna efter statsråden Alf. Petersson och Roos. Kommitténs sekreterare har varit notarien i medicinalstyrelsen Gustaf Tägtström.

Kommittén föreslår, att *förste provinsialläkartjänsterna* inom *sexton* län (se tabellen nedan) böra befrias från de nu därmed förenade prov.-läk.-tjänsterna. För dessa *själfständiga* 1:e prov.-läkare föreslås lönen till 6,000 kr. (hvaraf 2,000 kr. i tjänstgöringspenningar) med tvänne ålderstillägg à 500 kr. efter resp. 5 och 10 år. »Denna lön måste anses vara så lågt beräknad som möjligt, då den åt 1:e prov.-läkare bibehållna rättigheten att idka enskild praktik icke kan antagas i någon afsevärdare grad komma att bidraga till inkomstens höjande, emedan de många tjänsteresorna ofta komma att störa och för långa tider afbryta praktiken.» För semestervikarie åt ifrågavarande tjänsteläkare föreslås 10 kronors dagarvode. Pensionen skulle beräknas efter lönen (4,000 kr.) + erhållna ålderstillägg, alltså högst 5,000 kr. Ålder för hel pension föreslås till 65 lefnads- och 25 tjänstår. I öfrigt tillämpas pensionslagen af innevarande år.

För de *åtta 1:e prov.-läkare*, som skulle bibehålla sina prov.-läk.-distr., beräknas utom lönen såsom prov.-läkare 1,500 kr. i tjänstgöringspenningar, hvilket belopp alltså innebär en förhöjning med 500 kr. i Gottlands, Blekinge och Hallands

län. Dessa åtta 1:e prov.-läkare borde pensioneras såsom prov.-läkare.

Arfvodet åt de 8 *biträdande* prov.-läkare, som skulle bibehållas, beräknas lika för alla eller 1,000 kr.

Provinsialläkartjänsterna ökas enligt förslaget med 48 (se tabellen nedan), hvartill komma de 16 distrikt, som frigöras från 1:e prov.-läk.-tj:r. Prov.-läkarnes lön föreslås till 4,000 kr. (hvaraf 1,000 kr. såsom tjänstgöringspenningar). Ålderstillägg föreslås tvänne till nuvarande belopp (500 kr.), men efter kortare tjänstgöring, näml. 5 och 10 år. Pensionsvillkor i öfverensstämmelse med nya pensionslagen, dock med inräknande af *fem* till högst *tio år* såsom *extra* prov.-läkare (eller stads-, köpings-, municipalläkare). S. k. fixa tjänstgöringspenningar föreslås med 500 kr. till 12 distrikt (Ramsele, Hoting, Hede, Föllinge, Gäddede, Lycksele, Vilhelmina, Sorsele, Stensele, Öfverkalix, Jockmock, Arjepluog) och med 1,000 kr. till Vittangi distrikt.

Nedanstående tabell utvisar:

i första kolummen: antalet nuvarande ordinarie prov.-läk.-distr.,
» andra » » föreslagna » » » »
» tredje » ökning eller minskning enligt förslaget,
» fjärde » antalet nuvarande extra prov.-läk.-distr.,
» femte » » ex. prov.-läk.-distr., som antagligen komme att upphöra.

Stockholms län	5	8	+ 3	10	2
Uppsala »	4	3	— 1	3	—
Södermanl. »	8	7	— 1	6	1
Östergötl. »	6	9	+ 3	6	3
Jönköpings »	6	7	+ 1	6	2
Kronobergs »	4	6	+ 2	3	2
Kalmar »	9	10	+ 1	4	1
Gottlands »	3	3	× 0	1	—
Blekinge »	3	4	+ 1	1	—
Kristianst. »	6	7	+ 1	4	1
Malmöhus »	5	7	+ 2	13	2
Hallands »	3	4	+ 1	2	1
Göteb. o. *Bohus* län	6	7	+ 1	9	2
Älfsborgs »	8	11	+ 3	8	4
Skaraborgs »	6	8	+ 2	3	1
Värmlands »	9	10	+ 1	11	3
Örebro »	5	7	+ 2	9	3
Västmanlands »	3	4	+ 1	5	—
Kopparbergs »	6	10	+ 4	14	5
Gäfleborgs »	5	8	+ 3	13	4
Västernorrlands »	7	10	+ 3	9	4
Jämtlands »	7	11	+ 4	6	3
Västerbottens »	6	13	+ 7	14	10
Norrbottens »	9	13	+ 4	9	5
Summa	139	187	48*	169	59

Extra provinsialläkarinstitutionen bör enligt kommitténs mening bibehållas. Såsom synes af ofvanstående tabell torde af de vid 1906 års slut befintliga ex. prov.-läk.-distrikten ett

* Till dessa 48 nya distrikt komma ytterligare 16, därigenom att 1:e prov.-läkarna i vissa län, hvilkas namn här ofvan kursiverats, befriats från prov.-läk.-distr.

antal af 59 komma att upphöra. I afseende på distriktsbildningen framhålles att den icke bör tillåtas på så kort tid som fem år, att initiativrätten bör förflyttas från kommunerna till landstingen, att nya distrikt böra bildas på obestämd tid, dock ej kortare än 10 år, efter hvilken tid distrikt på ansökan (!) af landsting bör kunna upphöra. Distriktsstyrelserna böra utses af landstingen, tillsättning och entledigande af ex. prov.-läkare öfverlämnas till med.-styrelsen äfven i fråga om distrikt, som icke åtnjuta statsbidrag.

Kommitterade hemställa om sådan ändring af läkarinstr. § 19 mom. 2 snarast möjligt och oberoende af kommittéförslagets behandling i öfrigt, att med.-styrelsen vid förslag till prov.-läkartjänst skall taga hänsyn både till tjänstålder och arten af föregående tjänstgöring.

Hvad extra prov.-läkarnas pensionering beträffar föreslås inrättandet af en *pensionskassa* afsedd dels att bereda pension åt dessa tjänsteläkare äfvensom åt stads-, stadsdistr.-, köpings- och municipalläkare (se nedan), dels att bereda tilläggspension åt sådana delägare i kassan, som befordras till ordinarie prov.-läkare, men som vid afgången från denna befattning icke komma i åtnjutande af hel pension å 4,000 kr.

För extra prov.-läkare beräknas *hel* pension till 4,000 kr. (vid 65 års ålder). Pensionskassans inkomster skulle utgöras af *delägarnes* afgifter, bidrag från *landsting* (landskommuner, städer, köpingar eller andra samhällen), bidrag af *staten*, eventuella gåfvor samt räntor.

Den kategori af extra prov.-läkare, som äro anställda för Sundbyberg, Hvetlanda, Trollhättan, Tidaholm, Arvika, Bollnäs m. fl. samhällen, har föranledt kommitterade att föreslå en ny § 53 (se nedan) af läkarinstruktionen.

I fråga om de enligt 1840 års kungörelse tillkomna distriktsläkartjänster har nu liksom vid 1890 års reformer inga ändringar föreslagits utom befattningarnes benämning.

De förändringar af nu gällande läkarinstruktion (af 31 okt. 1890), som icke direkt framgå af ofvanstående redogörelse meddelas här.

§ 5. 2. 1:e prov.-läkare skall vara skyldig att efter förordnande af K. Befhde ej mindre *biträda den revision*, som har att pröfva frågor ang. *inskrifning af värnpliktige*, än äfven förrätta den *besiktning af minderåriga*, hvilken föreskrifves i § 11 af lagen ... den 17 okt 1900. 3 = nuv. mom. 2.

§ 6. 1. 1:e prov.-läk. . . . i denna deras egenskap; att företaga nödiga inspektioner af de till prov.-, extra prov.-, stads-, *köpings- och municipal*-läkartjänster hörande arkiv — —

— — — fältskärer, vaccinatörer, barnmorskor och *sjuksköterskor*; skolande 1:e prov.-läk ... hos Med.-styrelsen.

§ 8. 1. 1:e prov.-läk. skall ägna tillsyn åt — — — — sjukhus, sjukstugor, sjukhem, *sanatorier*, vård- och kuranstalter för sinnessjuka samt vård- och uppfostringsanstalter för idioter, blinda, döfstumma, *lytta och vanföra*, åt de vid brunns-, bad- och andra — — — — anordningar äfvensom åt *skolor, barnhem, barnkrubbor, räddningshem* samt anstalter, där barn mot ersättning fostras; och äger han — — — — upprätta.

§ 21. 2. Inom prov.-läk.-distr. belägen stad eller i § 53 omnämndt *samhälle med egen läkartjänst* anses — — — icke tillhöra distriktet. Stad eller i § 53 omnämndt samhälle utan sådan tjänst räknas däremot — — — inom hvilket platsen är belägen.

§ 24. 1. Prov.-läk., som — — — delar gällande och *som icke har egen läkare* med tjänstårsberäkningsrätt anställd, skall vara ledamot af hälsovårdsnämnden på stället.

§ 39. 1. Inom mars — — — formulär. Omfattar distriktet delar *ur skilda län*, skola särskild berättelse afgifvas för hvardera länsdelen.

§ 40. 3. Annan tjänstledighet — — — — beviljas prov.-läk. för högst *trettio* dagar, därest — — — — till Med.-styrelsen.

Enligt § 41 skall såsom ofvan nämndt framställning om inrättandet af extra prov.-läk.-tj. (och äfven i fråga om ny oktroj för redan befintlig), vare sig statsbidrag till läkarens aflöning åstundas eller icke, göras af landstinget, som därvid skall besluta att årligen under minst tio år erlägga ej blott visst belopp till läkarens aflöning utan äfven afgift till ex. prov.-läkarnes pensionskassa, landstinget obetaget att af vederbörande kommuner betinga sig hel eller delvis godtgörelse för ifrågavarande utgifter.

I § 43 ändras läk.-distr.-styrelsens befogenhet att bevilja ledighet för fjorton dagar till trettio dagar.

Afdelning IV får till öfverskrift: Stads- och stadsdistriktsläkare samt *köpings- och kommunalläkare*.

§ 46. 1. Slutorden »eller förordnande» utgå.

I § 51 ändras magistratens befogenhet att bevilja ledighet för fjorton dagar till trettio dagar.

Nuvarande § 53 ingår såsom mom. 2 i förslagets § 52.

Förslagets § 53 är ny och innehåller, att där *köping eller municipalsamhälle* med minst 1,200 invånare aflönar *en* egen läkare, där har denne samma tjänstårsrätt, som tillkommer stadsläkare. Önskar köping eller municipalsamhälle med mindre antal invånare bereda tjänstårsrätt för en af samhället af-

lönad läkare eller större sådant samhälle dylik rätt för *mer än en* läkare, så skall ansökan därom göras hos Kungl. Maj:t. För köpings- och municipalläkare gäller i tillämpliga delar hvad i §§ 46—51 är stadgadt beträffande stadsläkare.

Reservationer.

Generaldirektör *Linroth* har icke biträdt kommitterades kritik öfver med.-styrelsens förslag att indela riket i sjukvårdsdistrikt efter ett enhetligt system. Anser visserligen, att man med kommitterades förslag kan ordna läkarvården på landsbygden på ett tillfredsställande sätt, men fruktar, att ojämheter på grund af det nuvarande dubbelsystemet (statsmyndigheter råda ensamma i ett slags distrikt, ortsmyndigheter till väsentlig del i andra) snart skola framträda, som kräfva nya omfattande regleringssystem.

D:rerna *Björkman* och *Dahlborg* föreslå, att riket uppdelas i 18 förste-prov.-läk.-distrikt, att i hvarje distrikt anställes en 1:e prov.-läk., som förbjudes att mot betalning ägna sig åt enskild sjukvård, att dessa läkares lön bestämmes till 7,500 kr. med 2 ålderstillägg à 500 kr. efter 5 år och 10 år. Enligt detta förslag skulle statsverket få 20,000 kr. större utgift än enligt kommitterades förslag.

D:rerna *Björkman* och *Dahlborg* föreslå vidare, att prov.-läkare för statspension skola få räkna sig till godo *alla* år de tjänstgjort såsom *extra* prov.-läkare.

Öfverste *Cederberg* anser, att icke någon del af tjänstgöringstid såsom extra prov.-läkare bör tillgodoräknas för statspension.

Herr *Odqvist* önskar, att förste prov.-läkarinstitution bibehålles i sin nuvarande form och tjänsten inom samtliga län förenas med prov.-läk.-tjänst.

Distriktsindelning.

Nuvarande. Inom hvarje län är först uppförda ordinarie, därefter (under strecket) extra prov.-läk.-distrikt; bland de senare äro de kursiverade, som antagas komma att upphöra.	*Förslaget* upptager nedanstående ordinarie prov.-läk.-distrikt. De, inom hvilka prov.-läk. tillika är förste prov.-läk., äro kursiverade.
Stockholms län:	
Stockholms	Stockholms
Norrtelje	Norrtälje
Sigtuna	Märsta
Sotholms	Västerhaninge
Östhammars	Östhammars
——	Vaxholm
	Tumba

Botkyrka	Rimbo
Dalarö	
Djursholm	
Gräsö	
Rimbo	
Skebo	
Sundbybergs	
Väddö	
Värmdö	
Österåkers	

Uppsala län:

Uppsala	*Uppsala*
Enköpings	Grillby
Tibble	Tierps
Tierps	

Dannemora
Löfsta
Älfkarleö

Södermanlands län:

Nyköpings	*Nyköpings*
Daga	Eskilstuna
Eskilstuna	Bettna
Katrineholms	Sparreholms
Malmköpings	Strängnäs
Strängnäs	Trosa
Trosa	Vingåkers
Vingåkers	

Aspa
Björkviks
Björnlunda
Julita
Nyfors
Oxelösunds

Östergötlands län:

Linköpings	Linköpings
Boxholms	Mjölby
Kisa	Kisa
Söderköpings	Söderköpings
Tjällmo	Tjällmo
Ödeshögs	Ödeshögs
	Motala
	Åtvidabergs
	Stegeborgs

Motala östra
Reijmyre
Stegeborgs
Torpa
Valdemarsviks
Åtvidabergs

Jönköpings län:

Jönköpings	Jönköpings
Eksjö	Nässjö
Gislaveds	Gislaveds
Hvetlanda	Hvetlanda
Vrigstads	Vrigstads
Värnamo	Värnamo
	Södra Unnaryds

Hvetlanda
Mulseryds
Nässjö
Södra Unnaryds
Tranås
Värnamo

Kronobergs län:

Växjö	*Växjö*
Lenhofda	Ljungby
Ljungby	Tingsryd
Tingsryds	Lenhofda
	Vislanda
	Markaryd

Elmhults
Ryds
Åsheda

Kalmar län:

Kalmar	Kalmar
Högsby	Högsby
Målilla	Målilla
Oskarshamns	Mörtfors
Söderåkra	Söderåkra
Tjusts	Gamleby
Vimmerby	Vimmerby
Ölands norra	Borgholms
Ölands södra	Mörbylånga
	Emmaboda

Grönskåra
Mörtfors
Nybro
Stranda

Gottlands län:

Visby	*Visby*
Hemse	Hemse
Slite	Slite

Klintehamns

Blekinge län:

Karlskrona	*Karlskrona*
Jämshögs	Jämshögs
Ronneby	Bräkne-Hoby
	Jämjöslätts

Kyrkhults

Kristianstads län:

Kristianstads	Kristianstads
Broby	Broby
Brösarps	Maglehems
Hammenhögs	Gärdsnäs
Hessleholms	Hessleholms
Ängelholms	Ängelholms
	Klippans

Båstads
Klippans
Västra Vrams
Åhus

Malmöhus län:

Malmö	Lunds
Anderslöfs	Hälsingborgs
Helsingborgs	Hörby
Hörby	Sjöbo
Åsums	Svedala
	Teckomatorps
	Ystads

Bjufs
Eslöfs
Hvellinge
Höganäs
Hör
Kjeflinge
Limhamns
Löberöds
Skurups
Svedala
Teckomatorps
Trelleborgs
Veberöds

Hallands län:

Halmstads	*Halmstads*
Falkenbergs	Falkenbergs
Kungsbacka	Köinge
	Kungsbacka

Oskarströms
Ullareds

Göteborgs och Bohus län:

Göteborgs	Göteborgs
Håby	Håby
Jörlanda	Jörlanda
Orusts	Kårehogens
Tanums	Tanums
Uddevalla	Uddevalla
	Tjörns

Fiskebäckskils
Fjällbacka
Fässbergs
Kungshamns
Ljungskile
Orusts västra
Strömstads
Styrsö
Tjörns

Älfsborgs län:

Vänersborgs	Bäckefors
Alingsås	Trollhättans
Borås	Alingsås
Marks	Borås
Melleruds	Skene
Norra Dalslands	Melleruds
Svenljunga	Billingsfors
Ulricehamns	Svenljunga
	Ulricehamns
	Sollebrunns
	Herrljunga

Bjerke
Eds
Herrljunga
Högsäters
Kinna
Lilla Edets
Trollhättans

Skaraborgs län:

Mariestads	Mariestads
Falköpings	Falköpings
Hjo	Hjo
Hofva	Älgarås
Lidköpings	Lidköpings
Vara	Vara
	Grästorps
	Sköfde

Grästorps
Tidaholms
Töreboda

Värmlands län:

Karlstads	Kils
Arvika	Arvika
Dalby	Persby
Filipstads	Filipstads
N:re Fryksdalens	Sunne
Näs	Säffle
Silbodals	Årjengs
Visnums	Torsby
Ö:re Fryksdalens	Charlottenbergs
– –	Molkoms
Arvika	
Charlottenbergs	
Gillberga	
Glafva	
Järnskogs	
Kils	
Malsjö	
Molkoms	
Ransäters	
Töcksmarks	
Uddeholms	

Örebro län:

Örebro	Fjugesta
Askersunds	Frövi
Nora	Askersunds
Karlskoga	Nora
Grythytteheds	Strömstorps
– –	Grythytteheds
	Pålsboda
Askers	
Edsbergs	
Fellingsbro	
Hallsbergs	
Hjortkvarns	
Lindesbergs	
Ljusnarsbergs	
Ramsbergs	
Ämmebergs	

Västmanlands län:

Västerås	*Västerås*
Heby	Heby
Norbergs	Norbergs
–	Bernshammars
Kungsörs	
Ramnäs	
Skinnskattebergs	
Västanfors	
Öster-Våla	

Kopparbergs län:

Falu	Falun
Grangärde	Hedemora
Hedemora	Leksands
Leksands	Mora
Mora	Nås
Nås	Malungs
– –	Ludvika
	Rättviks
Avesta	Borlänge
By	Älfdalens
Grängesbergs	
Husby	
Lima	
Ludvika	
Malungs	
Orsa	
Rättviks	
Smedjebackens	
Stora Tuna	
Svärdsjö	
Särna	
Älfdalens	

Gälleborgs län:

Gäfle	Gäfle
Alfta	Edsbyns
Hudiksvalls	Hudiksvalls
Järfsö	Ljusdals
Söderhamns	Söderhamns
	Bergsjö
	Loos
Arbrå	Ockelbo
Bergsjö	
Bollnäs	
Delsbo	
Enångers	
Färila	
Gysinge	
Hofors	
Ljusne	
Loos	
Ockelbo	
Ofvanåker	
Sandviken	

Västernorrlands län:

Härnösand	Härnösands
Fjällsjö	Hotings
Skogs	Skogs
Sollefteå	Sollefteå
Sundsvalls	Sundsvalls

Torps	Fränsta	*Bjurholms*	Vindelns
Örnsköldsviks	Örnsköldsviks	*Burträsks*	Norsjö
— —	Anundsjö	*Bygdeå*	Sorsele
	Indals-Lidens	*Byske*	Stensele
Alnö	Ramsele	*Degerfors*	Vilhelmina
Anundsjö		*Dorotea*	
Gudmundrå		Jörns	
Indals-Lidens		Löfångers	
Nätra		Malå	
Ramsele		*Norsjö*	
Tåsjö		*Sorsele*	
Vifsta varfs		*Stensele*	
Ytterlännäs		Tärna	
		Vilhelmina	

Jämtlands län:

Östersunds	*Östersunds*
Bergs	Hofverbergs
Hede	Hede
Ragunda	Ragunda
Ströms	Strömsunds
Svegs	Svegs
Undersåkers	Mörsils
———	Bräcke
Frostvikens	Gäddede
Föllinge	Föllinge
Hammerdals	Hammerdals
Näskotts	
Rätans	
Stuguns	

Västerbottens län:

Umeå	Umeå
Lycksele	Lycksele
Nordmalings	Nyåkers
Nysätra	Robertsfors
Skellefteå	Skellefteå
Åsele	Åsele
———	Burträsks
	Byske

Norrbottens län:

Neder-Luleå	Gammelstadens
Haparanda	Haparanda
Neder-Kalix	Neder-Kalix
Pajala	Pajala
Piteå	Öjebyns
Råneå	Råneå
Vittangi	Vittangi
Öfver-Kalix	Öfver-Kalix
Öfver-Luleå	Arjepluogs
	Arvidsjaurs
	Gellivare
Arjepluogs	Jockmocks
Arvidsjaurs	Matarengi
Edefors	
Gellivare	
Jockmocks	
Kiruna	
Malmberget	
Älfsby	
Öfver-Torneå	

Meddelande från Styrelsen för Extra- och Biträdande provinsialläkarnes Ömsesidighetsförening.

Protokoll hållet vid extra och biträdande provinsialläkarnes ömsesidighetsförenings sammanträde den 8 juli 1907

Närvarande voro: Herrar O. Westberg, J. Nyström, E. Vildner, R. Warodell, N. Berglund, P. Brännström, E. Hagstrand.

§ 1.

Till ordförande vid mötet utsågs O. Westberg.

§ 2.

Till revisorer valdes herrar P. Brännström och E. Vildner.

§ 3.

Föredrogs styrelsens redogörelse för föreningens verksamhet under det förflutna verksamhetsåret. (Bil. I).

§ 4.

Föredrogs revisorernas berättelse öfver verkställd granskning af räkenskaperna under samma tid (Bil. II).

§ 5.

Styrelsen och kassamannen beviljades på revisorernas förslag full ansvarsfrihet för sin förvaltning under den tid revisionen omfattade.

§ 6.

Till styrelseledamöter under det kommande arbetsåret utsågos: Herrar O. Westberg, C. Dahlborg och A. Sundberg, och till suppleanter: herrar K. Lindhé och J. Nyström.

§ 7.

Med anledning af § 7 i föreg. års protokoll föredrogs frågan om stadgeändringen, hvarvid upplästes en skrifvelse från doktor Nyblin i frågan, men beslöt föreningen att ej nu vidtaga några ändringar utan afvakta förslaget om en eventuell allmän sjukkasseförening.

§ 8.

Till justeringsmän utsågos: herrar R. Warodell och N. Berglund.

Sundsvall d. 8 juli 1907.

Otto Westberg.

Justeras
Nils Berglund.
H. R. Warodell.

Bil. I. Arbetsåret omfattar tiden fr. o. m. 21 Aug. 1906 t. o. m. 8 juli 1907, och var medlemsantalet vid redogörelseårets början 67. Under året hafva 3 medlemmar på grund af befordran lämnat föreningen, nämligen: herrar J. Åberg, P. Landahl och J. Ehinger, hvilka affördes från föreningens matrikel resp. $^{1}/_{10}$—06, $^{1}/_{1}$—07 och $^{1}/_{1}$ 07. Två medlemmar hafva under året tillkommit, nämligen herrar E. Odén och G. Nyblin, hvilka infördes i matrikeln resp. $^{21}/_{8}$ 06 och $^{2}/_{1}$—07, hvadan medlemsantalet vid årets slut är 66.

Årsafgifter hafva till ett belopp af kronor 660 uppburits genom postförskott, hvarjämte utdebitering för sjukkassans räkning företagits den 19 sept. 1906 med 680 kronor.

Stadgade uppgifter för år 1906 hafva till Kungl. Öfverståthållareämbetet afgifvits den 18 febr. 1907 och förvaras en afskrift däraf bland 1906 års handlingar. På grund af dessa uppgifter har föreningen för 67 medlemmar för år 1906 erhållit ett statsbidrag på 100: 50, hvilket bidrag kom föreningen tillhanda den 6 mars.

Kallelse till årsmötet har utfärdats medels under juni månad utsända brefkort.

Bland föreningens medlemmar har under året intet dödsfall inträffat, hvaremot sjukhjälp under kortare tider utdelats till tre kamrater.

1:o. D:r — — har erhållit fortsatt sjukhjälp från förra året under 8 dagar, nämligen fr. o. m. $^{7}/_{8}$ t. o. m. $^{14}/_{8}$ med kronor 57: 14.

2:o. Den 30 okt. inkom anmälan från D:r — — — att han på grund af — — — var arbetsoduglig fr. o. m. den 18 s. m. Sjukhjälp lämnades här under 25 dagar med kronor 178: 57.

3:o. Den 7 mars inkom anmälan från D:r — — — att han på grund af — — — var arbetsoduglig fr. o. m. 5 mars, och lämnades sjukhjälp för 12 dagar med kr. 85: 70.

Föreningen har sålunda under året ej drabbats af nämnvärda utgifter, hvadan den extra utdebiteringen ej däraf förklaras, utan beror den på en från föregående år i sjukkassan befintlig brist på 538: 47.

Sundsvall den 8 juli 1907.

Otto Westberg,
Ordförande.

Bil II. Undertecknade af extra- och biträdande provinsialläkarnes ömsesidighetsförening utsedde att granska styrelsens förvaltning och föreningens räkenskaper för arbetsåret $^{21}/_{8}$ 1906—$^{8}/_{7}$ 1907 få härmed afgifva följande berättelse:

Sjukkassans ställning:

Debet: Utdebiterade afgifter af		Kredit: Ing. Balans	538: 47
68 medlemmar à 10: —	680: —	Sjukhjälp	321: 41
66 årsafgifter à 10: —	660: —	Förvaltn.-kostn.	193: 85
Ränta	24: 01	Utg. Balans	410: 78
Statsbidrag	100: 50		
Summa kr.	1,464: 51	Summa kr.	1,464: 51

Begrafningskassans ställning:

Debet: Ing. Balans	1,855: 89	Kredit: 3 återburna intr.-afg.	75: —
2 intr.-afgifter	50: —	Utg. Balans	1,880: 89
Ränta	50: —		
Summa kr.	1,955: 89	Summa kr.	1,955: 89

Behållningen alltså kronor 2,291: 67, hvaraf belöper sig kr. 410: 87 på sjukkassan och kr. 1,880: 89 på begrafningskassan och är denna behållning insatt på sparkasseräkning i Skaraborgs Ensk. Bank.

Räkenskaperna voro förda med mönstergill ordning och bestyrkta med vederbörliga verifikationer. På grund af vår granskning få vi alltså härmed föreslå föreningen att bevilja styrelsen och kassamannen full och tacksam ansvarsfrihet.

Sundsvall den 8 juli 1907.

Em. Wildner. *P. E. Brännström.*

Utdrag af protokoll hållet vid gemensamt sammanträde med Älfsborgs och Skaraborgs läns läkareföreningar i Alingsås den 4 Augusti 1907.

§ 2.

Till gemensam ordförande för mötet utsågs D:r Englund.

§ 5.

Till plats för nästa möte bestämdes Herrljunga. Då det ansågs lämpligt, att den viktiga frågan angående kollektivackord gemensamt afhandlades, beslöts att äfven detta sammanträde (i Herrljunga) skulle vara gemensamt för bägge föreningarne.

§ 7.

D:r Englund redogjorde för fullgörandet af besluten om und. framställning angående farsotssjukvårdens förbättring å rikets landsbygd. Framställningen, som vid mötet utdelades i tryck, hade blifvit gynnsamt mottagen hos Kungl. Maj:t, härifrån remitterad till Kungl. Medicinalstyrelsen, som sedermera affordrat utlåtande från länsstyrelserna.

§ 9.

Föredrogs Allm. Svenska Läkareför:s cirkulärskrifvelser till de enskilda läkareföreningarna.

a) Angående Värmlands läkareför:s skrifvelse om åtgärder mot patent- och humbugsmedicin.

För att uppgöra förslag till uttalande i denna fråga vid nästkommande möte, tillsattes en för bägge föreningarne gemensam kommitté bestående af Herrar Eklundh, Söderbom, Christenson och Stendahl. Kommittén skulle sammankallas af D:r Stendahl.

b) Angående fullmäktiges beslutade formulär till intyg om behof af vård å kurort. Blanketter utdelades och skulle genom sekreterarne tillställas föreningarnes ledamöter.

c) Angående fullmäktiges beslut att ackord med sjukkassor ej vidare få uppgöras. Beslöts att låta trycka ifrågavarande beslut och utdela till föreningarnes ledamöter, ungefär så lydande: »I enlighet med läkareföreningarnes fullmäktiges beslut, hvilket af Älfsborgs och Skaraborgs läns läkareföreningar vid gemensamt möte den 4 augusti 1907 blifvit bekräftadt, får ackord med sjukkassor ej vidare uppgöras.» Detta beslut berör icke redan förut ingångna aftal, så länge desamma äro gällande. Med anledning af nämnda beslut skall mom. 15 i Älfsborgs läns läkarefören:s minimitaxa utgå.

d) Angående fullmäktiges beslut att för yttrandes afgifvande hänskjuta frågan huruvida s. k. kollektivackord hädanefter böra uppgöras till de enskilda läkareföreningarne. För uppgörande af förslag till uttalande i denna fråga vid nästkommande möte tillsattes en kommitté bestående af Herrar Englund, Christenson, Andersson, Möller och Nystedt. D:r Englund skulle sammankalla kommittén.

e) Angående Allm. Svenska Läkarefören:s styrelses beslut med anledning af föreningarnes förslag att bilda en Sveriges läkare omfattande understöds- och sjukhjälpsfond.

§ 10.

Upplästes en skrifvelse från allm. tuberkulosföreningen.

§ 11.

Antogs ett af D:r Englund uppgjordt förslag till uttalande ang. K. Befallningshafvandes skrifvelse till prov.-läkarne om revidering af gällande provinsialläkaretaxa.

§ 12.

Med anledning af en från e. prov.-läkaren i Töreboda B. Fredelius inkommen skrifvelse rörande en ny femårsperiod för distriktet, beslöt mötet göra följande uttalande: »Föreningarne uttala sig för att med dylika låga aflöningsförhållanden och små utsikter till förvärf tjänsteårsberäkning för ett sådant distrikt icke borde medgifvas.»

§ 13.

D:r Englund demonstrerade ett par nya enkla desinfektionsmetoder med formalin: Formalingas-desinfektion med dels

Antan såsom gasutvecklare, dels begjutning af Öfvermangansyradt kali med Formalin, hvarvid Formaldehydgasen under värmeutveckling och pösning utdrifves ur formalinet.

Alingsås som ofvan

Nils Englund.

Gustaf Nystedt.

— — — —

Förslaget till ändring af läkaretaxan.

Den af dr Nordenadler i n:r 33 af Allm. Sv. Läkartidningen föreslagna formuleringen af § 7, mom. 2 i taxan passar bra i det exempel, han tagit. Men fall kunna förekomma, då taxan enligt hans förslag ej skulle vara lämplig. Antag, att jag efter ett sjukbesök enligt tidsberäkning till ett ställe måste fortsätta på järnväg en sträcka af 2 mil till en annan sjuk. Enligt dr N:s förslag skall »arvodet i intet fall — — — understiga det arvode, som vid beräkning enligt denna par. mom. 1 bort utgå» d. v. s. beräknadt efter väglängd. I mitt exempel skulle patienten n:r 2 få betala minst kr. 9: 50 (högst 14 kr.), hvaremot hans utgift vid beräkning efter tid bör bli mindre, om tågen ej gå alltför olämpligt, och ersättningen blir sålunda alltför mycket till patientens nackdel.

Såväl den af Allmänna svenska läkarföreningens fullmäktige tillsatta kommittén som d:r N. tyckes tolka § 7, mom. 2 så, att hela ersättningssumman för flera sjukresor efter tid under en resetur skall beräknas efter den tid, som hela reseturen tagit, hvilken summa sedan fördelas mellan de betalningsskyldiga proportionellt efter den tid, som åtgått för hvarje särskild sjukresa. Jag medgifver, att paragrafen kan tolkas så. Men den har också tolkats på ett annat sätt, hvilket troligen är riktigare, nämligen så, att man beräknar den tid, som åtgår för första resan och tar betalt för den, dock så att enligt § 6 lägsta ersättningen blir 5 kr., så tar man betalt för andra resan under samma resetur också efter tid, dock minst 5 kr. o. s. v. utan att tänka på den tid, som hela reseturen kan komma att kräfva.

En sådan tolkning stämmer fullt lika bra med ordalydelsen af par. i fråga, ty äfven då fördelas arvodet mellan de betalningsskyldiga efter den tid som åtgått, och är mera praktisk, ity att man ej alltid, när man börjar en sådan resetur, vet hur många ställen man kan komma att besöka eller hur länge hela turen kommer att räcka. Man blir ju ofta under en sådan resetur, sedan ett eller flere besök blifvit gjorda och vederbörligen honorerade, ombedd att resa till något nytt ställe. Vore kommitterades och dr N:s tolkning riktig, borde man i så fall ofta ändra om den ersättning, som man redan erhållit, och återsända en del. Visserligen kan äfven med ofvannämnda tolkning någon gång (såsom i d:r N:s exempel) orätt ske, i det att patienterna, om de bo mycket nära hvarandra, få betala för mycket. Detta kunde hjälpas genom att de betalningsskyldige i sådana fall finge betala efter väglängd. För att skipa rättvisa åt alla håll kunde § 7, mom. 2 därför formuleras på ungefär följande sätt:

»Skall, då flera sjukbesök i ett sammanhang företagas, läkarens arvode, enligt hvad i § 6 sägs, för något eller några af besöken beräknas efter tid, gäller samma beräkningsgrund för hela reseturen; skolande

arvodet beräknas efter den tid, som åtgått för färden till och från hvarje särskildt sjukbesök, sålunda minst 5 kr. för hvarje besök, såvida icke stället ligger på ett afstånd ej öfverstigande 2 kilometer, i hvilket fall ersättningen beräknas efter väglängden, sålunda 3 kr. Hvar och en svare för den hämtningsskyldighet eller reseersättning, som efter ofvan stadgade grunder på honom belöper.»

Vidare borde § 10, mom. 2 lyda:

»Förhöjning, som nu är sagd, äger dock icke rum, då fråga är om biträde vid barnförlossning eller då läkaren och icke den sjuke eller dennes ombud är orsaken till att rådfrågningen eller sjukbesöket inträffar under denna tid.»

Det händer ju nämligen ibland, att läkaren t. ex. af andra sjukresor är hindrad att medfölja till sjuk förrän på natten, fastän den sjuke velat hämta läkaren tidigare. Och då vore det ju hårdt, om den sjuke skulle behöfva betala såsom för nattresa, ehuru han ej är skulden till att besöket blifvit på natten.

Bäst vore om § 7 mom. 2 helt och hållet borttoges.

Björnlunda den 25 augusti 1907.

A. G. Nyblin.

Till herrar medlemmar af provinsialläkarkåren!

Sedan nu kommittén för omreglering af rikets provinsialläkardistrikt afgifvit sitt betänkande, kan man vänta, att en del kamrater komma att häröfver göra sina anmärkningar och önska publicera dem i Läkartidningen. Ehuru vi väl veta att denna är ett lämpligt organ, där vi kunna utbyta tankar, skulle vi dock i detta speciella fall vilja hemställa till våra kolleger att, till dess den s. k. granskningskommittén fullgjort sitt uppdrag, insända kritik och anmärkningar till denna under adress: Provinsialläkaren *A. Lundh, Nordmaling* eller också till provinsialläkareföreningens styrelse, adr. f. d. Förste Prov.-läkaren *G. Norberg, Nyköping*.

Ett sådant tillvägagående synes vara det lämpligaste för erhållande af en allsidig öfverblick öfver hithörande viktiga frågor, hvarjämte härigenom den så nödvändiga enigheten bäst torde befrämjas.

Å Provinsialläkareföreningens vägnar:

Dess styrelse.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1] betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2] att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes; [3] att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

Ansökningstiden utgår:

Extra prov.-läk.-tj:n i Tjörns distr.[2]) (ledigförklarad för tiden t. o. m. 1911; distr. omfattar Stenkyrka, Valla, Klöfvedals, Rönnängs och Klädesholmens

socknar af Göteborgs och Bohuslän med 10,000 invånare den 1 jan. 05; läkarstation och apotek vid Lilldal i Stenkyrka socken; lön 3,000 kr. och fri bostad) 21 sept.
Extra prov.-läk.-tj:n i Indalslidens distr.[2]) ledigförklarad på grund af ny femårsperiod) 23 sept.
Extra prov.-läk.-tj:n i Aspa distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod) 28 sept.
En underläk.-tj. v. Stockholms stads allm. försörjn.-inrättn:s afd. för kroppssjuka (tillträdes 16 okt.; löneförmåner: 2,800 kr. + fri bostad; sökes hos styrelsen, Fleminggatan 22) 1 okt.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Hernösand[3]) (löneförmåner: 2,000 kr. jämte bostad och kost) 2 okt.
Underläk.-tj:n v. Eira, Stockholms stads och läns sjukhus (löneförmåner: 2,400 kr. jämte bostad; ansökan, ställd till sjukhusets direktion, inlämnas å exp., Handtverkargatan 13) 4 okt.
En underläk.-tj. v. Uppsala asyl[3]) (löneförmåner: 2,500 kr. — 3,000 kr. för lic. — jämte bostad och kost) 7 okt.
Stadsläk.-tj:n i Strömstad (lön: 1,250 kr, sökes hos magistraten) 7 okt.
En bat.-läk.-tj. v. Västgöta reg:te[1]) 9 okt.
En bat.-läk.-tj. v. Värmlands reg:te[1]) 9 okt.
Extra prov.-läk.-tj:n i Älfdalens distr. (tillträdes 1 nov. för tiden t. o. m. 1908); distr. omfattar Älfdalens socken af Kopparbergs län med 4,914 invånare 1 jan. 06; läkarstation, sjukstuga och apotek i kyrkbyn; löneförmåner: 3,000 kr. och fri bostad; ansökan inlämnas hos distr.-styr:n, adr. C. W. Söderström, Älfdalen) 10 okt.
Biträd. hosp.-läk.-tj:n i Växjö[3]) (tillträdes 1 jan. löneförmåner: 3,500 kr. — för kand. 2,500 kr. — jämte fri bostad och kost) 12 okt.
Underläk.-tj:n v. Växjö hosp:s kriminalafd.[3]) (tillträdes 1 jan.; löneförmåner: 3,000 kr. — för kand., 2,500 kr. — jämte fri bostad och kost) 12 okt.
Prov.-läk.-tj:n i Målilla distr.[1]) 13 okt.
Extra prov.-läk.-tj:n i Malå distr.[2]) (ledigförklarad för tiden t. o. m. 1911; distr. omfattar Malå socken af Västernorrlands län med 2,680 invånare 1 jan. 05; löneförmåner: 3,000 kr. jämte 300 kr. i hyresbidrag) 13 okt.

Lediga resestipendier:

Riksstatens större resestip. för civila läkare å 2,000 kr.[1]) 30 sept.
Riksstatens mindre resestip. f. civila läkare å 1,500 kr.[1]) 30 sept.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Sotholm[1]) (pensionsafgift 200 kr.) 4 okt.
Apoteket i Mörtfors[1]) 6 okt.

Af Med.-styr:n utnämnda och förordnade:

Till 2:e underläk. v. lasarettet i Gäfle (tre år. fr. 13 sept.): lic. *Bror Bjerner.*

Till bitr. hosp.-läk. i Nyköping (fortfarande tre år fr. 10 okt.): d:r *Edr. Vestberg.*

Af vederbörande myndighet antagna:

Till öfverläk. v. provisoriska sjukhuset, Åsögatan, Stockholm: d:r *I. Jundell.*
Till stadsläk. i Vänersborg: lic. *H. Jennische.*
Till biträd. läk. v. epidemisjukhuset, Göteborg (fortfarande ett år fr. 1 okt.): lic. *A. Strömstedt.*
Till 2:e stadsläk. i Landskrona: lic. *Ossian Litle.*

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Ex. prov.-läk. i Malå distr. *G. Brand* (9 sept.).

Sökande:

Till *prov.-läk.-tj:n i Norrtälje distr.* (i ordn. efter tj:år): prov.-läkarna Bergengren i Sundsvall, Ulander i Östhammar, Bergsten i Filipstad, Tollin i Slite och Hellberg i Lycksele samt extra prov.-läkarna Lindvall i Rättvik och Behrman i Kungsör.
Till *prov.-läk.-tj:n i Åsele distr.* (i ordn. efter tj:år): ex. prov.-läk. Wolf i Jockmock, prov.-läk. Melén i Hede, ex. prov.-läkarna Lundgren i Älfsbyn, Behrman i Kungsör, Cullberg i Ullared och Werner i Edefors.
Till *las.-läk.-tj n i Vänersborg* (i ordn. efter tj:år): t. f. las.-läkarna Lundblad, Vänersborg, och Feltström, Luleå.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Till extra läk. under fälttj.-öfn:rna ha förordnats vid 3:e sjukv.-komp. bat.-läk. *Cronquist,* vid Västgöta, Kronobergs, Hallands och Norra skånska inf.-r:tet fältl.-stip:rna *Bill, Hiort af Ornäs, Winberg* och *Cöster* samt till chefläk. å sjukhuståget fältl.-stip. *Norrlin.*
Lic. *N. Wange* t. f. 1:e stadsläk. i Uddevalla 9—29 sept. (t).
Lic. *R. Erhardt* t. f. las.-läk. och kand. *C. Hulting* t. f. underläk. v. las. i Västerås 11 sept.—10 okt. (t).
Kand:rna *J. Wennerberg* och *E. Klementsson* t. f. underläk. v. Malmö allmänna sjukhus' kir. och med. afd. 28 sept.—27 okt. (t).
Lic. *H. Engelbrecht* ex. läk. v. inf.-volontärskolan i Gäfle under reg:tsöfn:rna.
Kand. *C. A. Sorbonne* t. f. ex. prov.-läk. i Fiskebäckskil 15 sept.—1 okt. (t).
Lic. *V. Valde* t. f. ex. prov.-läk. i Nätra distr. 1 okt.—30 nov. (t).
Ombudsmannen *E. Sederholm* adj. led. af med.-styr:n 14 sept.—15 nov. (t + s).
Lic. *Erik Åberg* t. f. ombudsman i med.-styr:n 14 sept.—15 nov.
D:r *Gunnar Nyström* t. f. las.-läk. i Engelholm 29 sept.—9 nov. (t).

Död:

F. d. provinsialläkaren m. m., medicine licentiaten *Kjell Gustaf Georg Ossian Sjövall* afled i Lund den 16 dennes vid 68 års ålder.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 27 september 1907.

4:e årg.	Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER.	N:o 39.

Innehåll: G. STÉENHOFF: Från den andra internationella kongressen för skolhygien, London, d. 5—10 augusti 1907. — AXEL LAGERMAN: Om den nya pensionslagens verkningar. — Medicinalstyrelsens omorganisation. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser.

Från den andra internationella kongressen för skolhygien, London, d. 5—10 augusti 1907.

Af

G. Stéenhoff.

Fem allmänna sammanträden, tvåhundrafemtio föredrag i elfva sektioner, en utställning å bortåt etthundia stånd, ett fyrtiotal exkursioner till skolor, lasarett, m. m., biografföreställningar öfver skolhygieniska ämnen, uppvisningar i gymnastik och ju-jitsu, detta allt i förening med en hel rad gardenpartys, at homes, banketter etc. etc., se där hvad allt kongressen erbjöd sina medlemmar. Det var tydligen bäst att ordna för sig med eftertanke. Undertecknad valde för sin del de allmänna mötena, hvilka bjödo på intressanta ämnen, åhörde ett och annat föredrag i sektionerna och studerade för öfrigt det man icke framdeles kan få läsa om i förhandlingarne, utställningen och skolorna.

Vid kongressens öppnande höll den ärevördige presidenten, sir *Lauder Brunton* högtidstalet. Vi hafva ändtligen, sade han, vaknat upp till insikt om nödvändigheten af att man tänker på kroppens vård, om själen skall rätt utvecklas. Viktigast af programmet för kongressen syntes honom frågan angående läkareuppsikten i skolorna. Där vore nyckeln till hela den fysiska uppfostran. Det borde för öfrigt komma mera kroppsöfningar å skolschemat, ej blott täflingslekar såsom vanligast

i England, utan systematisk gymnastik, icke betraktad såsom rekreation utan såsom skolarbete, likvärdigt hvarje annat dylikt. Man skulle äfven, fortsatte han, bemöda sig att införa mera glädje i skollifvet, intet stimulerar bättre cirkulation och nutrition. Allt, som bidrager till att framkalla glädje utvecklar både kropp och själ.

Första allmänna vetenskapliga sammanträdet gällde metoderna för läkareundersökningar af skolbarn. Inledaren d:r W. *Leslie Mackenzie*, Skottland, framhöll — den stund jag hörde honom — vikten af noggrannhet vid första undersökningen, samt pointerade, att man ej finge öfverlämna arbetet i fråga såsom en mera tillfällig, ringa betald sysselsättning åt förut starkt upptagna läkare, utan i stället tillräckligt högt aflöna skolläkarne.

Prof. d:r *Méry*, Paris, näste talare, framlade en detaljerad plan för undersökningarne i fråga, hvilka han bevekande anhöll måtte blifva internationellt, åtminstone nationellt likformiga, så att vi komme ur det nuvarande kaos. Han föreslog: 1. utförlig anamnes, familjesjukdomar etc., upptagen af läkaren, endast i nödfall af läraren; 2. mått å kroppslängd, vikt, bröstvidd; 3. undersökning af syn- och hörselorgan; 4. undersökning af inre organ, hud och hårbotten, körtlar, ryggrad o. s. v. Angående mätning af bröstvidden kritiserade M. förefintliga metoder, förkastade *Binets* diam. bisacromial, likasa öfriga diametrar, spirometri och vital index såsom alltför osäkra och svårtagna mått å barn och förordade maximala respirat.-vidden. Erinrade om att *Boureille* vid undersökning af vuxna personer funnit, att max. resp. vidden hos friska var 5—11 cm. i 97,2 %, hos lungsiktiga från dispensärerna 4 cm. och därunder i 96 % af fallen. Resp.-vidden borde tagas horisontellt (under det barnet lät armarne hänga längs med kroppen) a) i jämnhöjd med 2:dra refbenet framtill, b) i jämnhöjd med bas.proc.xiphoid. Hörseln torde bäst pröfvas enl. *Gelle*: diktamen med vanlig stämma 8 m. bakom barnets rygg. För undersökning af lungorna förordades *Granchers* metod, Radioscopi ger ej bättre resultat, men vore af intresse för iakttagelser af förändringar i respirat.-vidden.

Sjuka barn borde genomgå komplementär undersökning, men eljes undersökningar efter den första (som beräknades taga en tid af 20 min. pr barn) inskränkas till ett minimum. Läraren skulle hänvisa till läkaren de barn, hvilka a) förefalla honom sjukliga, b) syntes försvagas i sin förmåga att följa undervisningen, eller c) genomgått någon sjukdom efter den första undersökningen. I öfrigt vore det nog att läkaren hvarje termin läte barnen, sedan läraren uppmätt deras kropps-

vikt och längd, passera en hastig revy inför sig. Vid alla undersökningar skulle barnet vara iklädt endast skjorta, byxor eller kjol och strumpor. Någon behandling af sjuka skolbarn borde icke tillkomma skolläkaren.

Méry's förslag synes i det hela tilltalande. Men kan det vara möjligt att åstadkomma ett internationellt läkarereglemente? Frågan löses nog ej af några stora kongresser, där olika meningar göra sig gällande, utan möjlighet till sammanjämkning. Så t. ex. ansåg tredje inledaren, d:r *Kokall* från Brünn, att bröstmätningar vore värdelösa och begärde han framför allt noggranna ögonundersökningar, då ju i genomsnitt 24 % af barnen hafva ögonfel, samt periodiska undersökningar af *alla* barn. Prof. *Tuba*, Budapest, yrkade, i sektion II, att skolläkaren skall behandla sjuka skolbarn i skolan, hvilket d:r *Chronin*, New-York, af erfarenhet äfven förordade. D:r *Shrubsall*, London, föreslog å sitt håll ett vidlyftigare antropometriskt schema, d:r *Cuntz* framlade i förening med d:r *Oebbecke* ett af dem på uppdrag af Nürnbergkongressen utarbetadt förslag o. s. v. Bäst vore väl att i hvarje land en kommission finge taga saken om hand, och att dess beslut blefve ett lagligt påbud. Delegerade kunde sedan enas om möjliga sammanjämkningar för de önskvärda internationella jämförelsernas skull.

Andra allmänna sammanträdet gällde belysning och ventilation af skolrum. Här togs ordet af en fackman, sir *Aston Webb*. Han förklarade sig icke vara vän af snäfva bestämmelser. Man måste rätta sig efter förhållandena. Så vore t. ex. regeln: fönsteryta = $^1/_5$ af golfyta värdelös, då allt berodde på huru huset eller rummet låge. Äfven kunde fönster gärna finnas på båda sidor om barnen, blott ljuset från vänster blefve tillräckligt öfvervägande. Ett litet fönster bredvid läraren, så att denne kunde rekreera sig med en liten titt ut »i det gröna» då och då är en välvillig inrättning (lifligt bifall!). Mattslipade glas vore naturligtvis förkastliga. För artificiell belysning bäst elektricitet. Gas borde undvikas. Indirekt takbelysning bra, men dyr. — En väl genomförd skolventilation vore hygienikerns svåraste problem. Bäst att alltid kunna taga fönstren till hjälp. Rummet måste vara högt, 12 fot bra, 13 à 14 fot bättre. En golfyta af 10 kv.-fot pr lärjunge (England) vore ett knappt minimum. I England användes i flera skolor med fördel »Tobin-tubes» (luftkanalen från yttervägg under golf till inre rumshörnet bakom lärjungarne, hvarest en omkr. 6 fot hög 4-kantig trätrumma leder luften uppåt. Utdrag å motsatt vägg vid taket). I småskolor vore ofta bäst med öppen eldstad, helst i hörnet nära dörren. Med varmvatten-radia-

torer framför luftintag, i öfrigt att förorda, uppstår ofta för starkt drag i radiatorns närhet. Alltså inga sittplatser där. Alltid borde man äfven komma ihåg läraren och skona honom från »hygieniska obehag».

Nästa talare, d:r *Dinet*, sekreterare i »La ligue française pour l'hygiène scolaire», fördjupade sig i en kritik af väderstrecksfrågan och blef så detaljerad och långdragen att auditoriet började flitigt aftroppa och ordförande bad honom sluta. Sista föredraget, af prof. *Prausnitz* Gratz, upplästes i förkortad form af ordföranden. P. framhöll bl. a. fotometerbestämningar såsom rätt värdelösa, praktiskt taget. Angående ventilationsfrågan pointerade han dammets, samt temperaturens och fuktighetens betydelse (Flügge). Framhöll nödvändigheten att låta barnen flitigt bada. Citerade Petenkofers drastiska ord: »hvad tjänar det till att lufta, om jag har en dynghög liggande i rummet?»

Tredje diskussionsmötet ägnades åt ämnet: skolan och tuberkulosen. D:r *Newsholme*, Brighton, en af Englands förnämste hygieniker, skulle inledt frågan, men hade blifvit hes och rest hem, så att hans föredrag måste uppläsas af en annan. Statistiken tycktes, enligt N., visa, att lungtuberkulos vore sällsynt bland skolungdom i England. I åldern 5—15 år torde dödligheten vara 3 pr 10,000 lefvande. Antages 10 sjuka på hvarje dödsfall erhålles 3 $^0/_{00}$ lungsiktiga skolbarn, hvilket N. ansåg i genomsnitt öfverensstämmande med sanningen. Latent tuberkulos torde däremot vara vanlig. Nægeli hade ju vid autopsier funnit dylik i 33 % för åldern 5—14 år. Tuberkulosen hos skolbarn komme från familjesmitta, ej ofta från skolan. För den latenta tuberkulosens motarbetande vore af vikt att barn ur tuberkulösa familjer periodiskt undersöktes, och att alla fall af tb i familjen noga antecknades. Anmälan till sundhetsnämnden af alla tb.-fall kunde således blifva ett viktigt led i skolhygienen. Vidare borde antingen barnen ifråga temporärt eller permanent förflyttas från föräldrarne ut till hälsosam trakt, såsom man söker ordna det i Frankrike, eller de tuberkulösa föräldrarne och syskonen omhändertagas, såsom ofta sker i England, vanligen mera tillfälligtvis än afsiktligt (genom fattigvårdens ingripande).

Det sistnämnda systemet syntes vara det effektivare, dock måste man handla med urskillning. I skolan motarbetas latent tb genom att hygienens fordringar åtlydas. Särskildt borde stora klasser undvikas, ej minst för lärarens skull. Enligt N. syntes lärare lida af larynxtuberkulos relativt oftare än den öfriga befolkningen. Vidare skulle undvikas öfveransträngning genom täflingslekar och genom för litet sömn, båda delarna så vanliga i England. De hufvudsakliga mått och steg, som

skolan hade att taga gent emot tuberkulosen, syntes N. vara: 1) Undersökning af barnen då de börja skolan i förening med noggrann efterforskning af sundhetsförhållandet i deras hem och hälsotillståndet hos alla där lefvande; 2) uteslutande ur skolan af barn med öppen eller tydlig tuberkulos; 3) särskild omsorg om barn från tuberkulösa familjer, (mat, kläder m. m.); 4) ofta våtsopning och städning i skolan; 5) reducering af elevantalet i klasserna (i England ofta klasser med 60 barn, ref.); 6) bättre ventilation och uppvärmning i skolan; 7) uppmärksamhet med afseende på lärjungarnes personliga hygien, borttagande i god tid af adenoida vegetationer och kariösa tänder; 8) periodisk undersökning af lärare och skolpersonal, tillseende af att lärarne ej öfveransträngdes. Till sist: »allmänna meningen» bildas i skolorna. Om hvarje lärare och lärjunge *undervisades* i att följa hygienens fordringar, skulle man försäkra sig om ett mycket hastigare aftagande af tuberkulosen, då skulle skolan bli hvad vi vilja göra henne till: ett centrum för tuberkulosens motarbetande.

Båda de följande utlofvade talarne hade blifvit förhindrade att infinna sig. I deras ställe hade geh. obermedicinalrat *Kirchner*, Berlin, åtagit sig att yttra några ord i frågan. Han framförde sitt föredrag på ett så elegant sätt och hade så mycket af intresse att meddela, att det eljes något oroliga och pratsamma auditoriet tvangs lyssna med den mest spända uppmärksamhet. Utbredningen af tuberkulos bland barn i skolpliktig ålder hade vid noggrann undersökning i Preussen visat sig långt större än man anat. Tb-dödligheten hade i P. aftagit under de senaste 20 åren med 25 %, men detta, väl att märka, för de högre åldersklasserna. För barnaåldern, särskildt skolåldern, hade den tilltagit. Denna iakttagelse var oväntad och oroande. Någon fara för smitta från djur existerade icke. Djur- och människotuberkulosens baciller vore skilda raser. »Der kranke Mensch, das ist alles!» Preussens epidemistadga af år 1900 nämnde intet om tuberkulosen. Ett senare försök att i åtgörande mot denna sjukdom efterlikna Norge, särskildt genom att få infördt anmälningsplikt, hade strandat. Man hade därför måst slå in på andra vägar. För ett par månader sedan hade för bekämpande af tuberkulosen i skolorna utkommit en ministeriell förordning innehållande följande punkter: 1) vid misstanke att hos lärare eller lärjunge utbrutit tuberkulos skall ofördröjligen läkareundersökning anordnas; 2) vid öppen tuberkulos omedelbar afstängning från skolan, läraren mot full godtgörelse; 3) klassrum skola dagligen rengöras, generalrengöring en gång hvarje månad. Dammbindande golfoljor skola användas, experiment hafva ådagalagt dessas förmåga att göra luften bakteriefattigare;

4) möjlighet skall beredas att få sputa gratis undersökta på tb-baciller. Hvad vi vidare måste göra, yttrade K., är att arbeta för införande af skolbad i långt större utsträckning, samt att göra skolläkarearbetet intensivare. För kroppsligt svaga barn borde anordnas särskild undervisning likaväl som detta ansetts lämpligt för de andligt efterblifna. Talaren genomgick i korthet hela det kända programmet för tuberkuloskampen: kolonier, skogsskolor, dispensärer, fériesanatorier. I Preussen har man anordnat de sju karantänsanstalterna till dylika, särskildt — om jag ej missförstod — afsedda för lärare. Vi måste gripa in med energi. I medeltiden uppförde man mot lepran i Europa 13,000 leproserier, hvad vore häremot våra fåtaliga sanatorier och hem för tuberkulösa! »Vor allem, slöt K., müssen wir aufhören Philister zu sein!» (Stormande applåder).

Den efterföljande diskussionen hade ej mycket att tillägga. En talare begärde mera stränghet i hälsofordringar med afseende på lärarekandidater, en annan ville att skolläkaren skulle se *till* att lärjungarne valde sig lämpliga lefnadsbanor. Som prof på språkförbistringseländet vid internationella möten kan omtalas, huru en tysk knep sig en liten applåd af, förmodligen, landsmän, då han framhöll sin förvåning öfver att ingen förordat undervisning i hygien och undersökning af skolvaktmästaren och hans familj! Newsholme hade ju nyss förut omnämt båda delarna!

Sista stora diskussionsmötet rörde sig om skolarbetet i förhållande till a) lektionernas längd, b) läroämnenas ordningsföljd, c) årstiderna.

Amerikanaren *Burnham*, professor i pedagogi, kritiserade rätt vanvördigt förefintliga publikationer af trötthetsundersökningar, Griesbachs ästesiometerförsök, Burgersteins räkneoperationer, ergografen o. s. v. Vi hade egentligen hittills blott lärt en sak: att nervsystemet kan inom vissa gränser adaptera sig efter nya förhållanden och uppnå »en hälsosam förmåga af arbetsreaktion». — Trötthet syntes bero på toxiner, *Weichardt* sade sig ju ha åstadkommit ett antitoxin. (Här afbröt uppläsaren, d:r *Gullick*, och föreslog, att nästa internat. skolhygieniska kongress måtte anskaffa tillräckligt mycket dylik antitoxin till injektion å medlemmarne, hvilken förståndiga tanke förskaffade honom allmänt bifall från den jäktade församlingen.) Af allt att döma syntes korta perioder af intensivt arbete, efterföljda af hvila, öka motståndskraften mot trötthet, långa arbetsperioder nedsatte motståndskraften. Tills vidare vore bäst hålla sig till följande lektionstider: för 6—9-åringar 15—20 min., för 10—12-åringar 25—30 min., 13—14-åringar 35—40

min., äldre 40—45 min., med hvilopauser 5—15 min. mellan hvarje lektion, beroende på ämnet, läraren, arbetsmetoden m. m. Under varmaste årstiden borde komma en lång ferietid, och en annan ledighet, ej allt för kort, i mars eller april, då man nästan alltid kan konstatera en depression i den psykiska energien.

Prof. *Chabot*, Lyon, också pedagog, framhöll i ett väl så filosofiskt anförande vårt vetandes ringhet och frågans komplicerade läge. En fullt vetenskaplig och generell lösning af problemen i fråga vore nog icke möjlig. Tänk på blott den ena faktorn: lärjungarnes individualitet. Det vore nog riktigt hvad *Pascal* sagt: à mesure qu'on a plus d'esprit on trouve qu'il y a plus d'hommes originaux.

Det ackord, som enligt C. tills vidare kunde ingås mellan pedagogen och hygienikern, närmade sig rätt mycket Burnhams förslag, ehuru fransmannen syntes hafva svårare att släppa efter på gamla fordringar än amerikanaren.

Nu uppträdde skolhygienens nestor, prof. *Burgerstein*, och ehuru äfven han måste erkänna hittills varande undersökningars otillräcklighet, ansåg han, att vi lärt oss nog för att framställa en hel del rätt bestämda fordringar. Alltså: lektionernas längd högst 45 min., för de yngsta lärjungarne högst 30 min. Skriföfningar böra afbrytas hvar 5:te, 10:de min. och barnen då få intaga en bekväm ställning och därpå göra några gymnastiska rörelser i bänken. Äfven för sång och gymnastik högst 45 min.:s lektioner. Ensamt kortare lektioner torde dock icke hjälpa mycket, vi måste äfven minska klassernas storlek och hemarbetet. För att barnen må få utnyttja rasterna i det fria, ej skolhus med för många våningar. Ämnen, som fordrade god belysning, såsom syarbete, skrifning, borde öfvas vid full dagsbelysning, lektioner i skrifning, och annat manuelt arbete ej förläggas omedelbart efter gymnastik, två lektioner, som fordra mycken själsansträngning, eller noga seende på nära håll, ej följa strax efter hvarandra. Moderat kroppsrörelse, t. ex. en sakta, kort promenad syntes, i motsats till gymnastik, öka förmågan af andligt arbete. En fråga vore, huruvida ej mera sömn om vintern än om sommaren vore en naturlig fordran, som borde tagas i betraktande vid skolschemats uppgörande. — Många gamla medeltida idéer och medeltida likgiltighet för hygienen låge ännu och tryckte på uppfostringsfrågan, men med fortsatt forskning skulle vi så småningom frigöra oss och gå framåt.

Någon diskussion kom ej till stånd. Det var också alla skäl att låta vid de uttömmande och ganska långa inledningsföredragen bero. — Kunde de rätt enstämmigt gifna råden nu vinna något gehör! Jag satt och tänkte på våra stackars folk-

skolor, som här och hvar ganska djupt måste sucka under medeltida idéers tryck. Med skolråd, ej blott likgiltiga för, utan fientliga mot hygieniska fordringar, där t. ex. förslag om 60-min. lektioners förkortning till 40—45 min. för 9—10 åringar mötes blott med medlidsamt öfverseende; där man förklarar sig »ej tro» på gymnastikens behöflighet o. s. v. När få vi en öfverstyrelse för folkskolan? När bli vi utaf med skolrådsordförandes själfskrifvenhet?

Från sektionssammanträdena skulle jag, om utrymmet medgifvit, velat referera d:r *Nivens*, Manchester, föredrag om »skola och difteri». Systemet i M. till skolepidemis hämmande utgjorde en fullständig mobiliserings- och anfallsplan. Så noga voro alla åligganden, om fienden visade sig, preciserade för sundhetsnämnd, inspektör, lärare, skolläkare, skolbarn, desinfektörer m. fl. I M. utlämnas både serum och sprutor gratis. Diskussionen kom mest att röra sig om ekonomiska spörsmål, man undrade huru läkarne skulle få rätt betalt för allt besvär — en angående läkarearbetet numera rätt vanlig undran i alla länder, tyckes det.

I sekt I höll d:r *J. Moses*, Mannheim, en känd skolhygieniker, föredrag om »Zensuren und Lokationen» ur hygienisk synpunkt. Han visade det olämpliga i att ordna elever efter kunskaper, och framhöll bl. a. — hvad som verkligen bra ofta af pedagoger förbises — att ett »ljushufvuds» företräden ofta mäst bero på en högre ålder än det stora flertalets i klassen. Vårt examensväsen fick äfven sitta hårdt emellan, hvilket framkallade en liflig fransman, som ytterligare attackerade både undervisnings- och examenssystem. Hvarför misslyckades så ofta »utmärkta» skolgossar i lifvet? Felet ligger väl ej hos lifvet nej, icke hos barnen heller, felet ligger hos uppfostrarne. De stoppa barnen fulla med verbala fraser och hålla examen för nöjet att få pressa fram dessa igen (Hör, hör!).

M. talade äfven öfver ämnet: »reformsträfvanden i flickskoleundervisningen i hygienens ljus.» Han framhöll behofvet af mera naturkunnighet, mera förståndsutbildning för flickorna. Sträfvandet att höja folkets hälsa skulle få sitt fasta stöd hos en intelligent kvinnovärld. Då emellertid M. på tal om samskolor blef betydligt reserverad och började orda om kvinligheten, det ljufva, sensitiva hos kvinnan, som måste bevaras, hennes bestämmelse, hennes ömtålighet o. s. v. uppträdde en kvinlig läkare d:r *Alice Profé*, Charlottenburg. I ett alldeles briljant, af ständiga bifallsrop hylladt anförande, försvarades nu en modern uppfattning af saken, särskildt från folkhygienisk synpunkt. Att tala om odling af kvinnans känslolif, som alltid varit öfverkultiveradt! Hvad kvinnorna behöfde vore tvärtom

idrott och gymnastik för att stärka kropp och nerver, det vore oförfalskad upplysning om lifvets allvar, ja dess nattsidor för att förstå detsamma. »Låt dem först och främst bli människor. De bästa människorna skola äfven blifva de bästa mödrarna.»

I en af sektionerna debatterades frågan om undervisning i sexuell hygien. Alla talare voro öfverens om nödvändigheten af att ungdomen erhölle god och grundlig upplysning i ämnet. Det gällde huruvida undervisningen borde vara individuell eller kollektiv, meddelas af lärare eller läkare, utgöra ett särskildt ämne eller ej. Tyvärr voro de flesta anförandena ganska oklara, många uteslutande patetiska och salvelsefulla. En amerikansk dam skördade också lifligt bifall, då hon undrade, hvarför en så enkel sak skulle tillkrånglas så grundligt, och berättade huru lätt hon själf funnit denna undervisning, blott man vore rättfram och tydlig. Då diskussionen slutligen öfvergick hufvudsakligen till en lyrisk lofsång öfver »the purity», uppstämd af några äldre herrar med icke allt för asketiskt yttre, gjordes åter ett förståndigt och sakligt inlägg af en dam, en engelsk lady. Undervisningen måste, betonade hon, ske i skolorna och vara kollektiv, så att alla barn bli delaktiga däraf. Den skall meddelas af därtill tränade lärare i förening med undervisning i naturlära. Icke uppseendeväckande göras till särskildt ämne »för då få vi emot oss alla våra moralister, hvilka redan beskärma sig öfver den nya ungdomen.»

Den skolhygieniska utställningen hade, såsom förmodligen alla utställningar, att visa en mängd värdelöst kram, åtskillig humbugsreklam, men äfven mycket af intresse. Särskildt var, såsom man hade rätt att vänta i England, utställningen af lavoirer, urinoirer, W. C. och dräneringsanordningar lärorik. *The Leeds Fireclay Co Ltd's* »Taper»- och School-urinals, af glaseradt stengods i ett enda stycke utan fogar, med »automatic flushing»; *W. Cassel's* »*Clarifont Wash Basin*», *Ajax Sanitary Co Ltd's* Lavatories »with over flow» nästan utan alla metalldelar o. s. v. Många golfbeläggningar, golfoljor, värme- och ventilationsanordningar tilldrogo sig äfven uppmärksamhet.

Af egentlig skolutstyrsel visades präktiga saker af »*The Educational Supply Association*», *School Furniture Manufactory*, Kaiserslautern, m. fl. Skolbänkar fick man se i oändlighet, mer eller mindre ställbara (t. o. m. »all moveable»!) klaffande, skramlande, fingerklämmande och dyrbara. Det skall vara en engelsk öfverklasskola som betalar £ 2, 5, 6 för hvarje

pulpet! Man kom, syntes mig, efter allt beskådande till slutsatsen den bästa skolbänken är den fasta ensitsiga stolpulpeten af trä, enkelt men hygieniskt gjord och använd i tillräckligt många (6) storlekar. — *Christoph & Unmack*, Niesky, utställde en utmärkt, flyttbar skolpaviljong, inredd af P. Joh. Müller, Charlottenburg, bl. a. med ett idealiskt läkarerum. Eja, vore vi där! Svenska utställningens succès är redan genom dagspressen bekant. Den var ärligt förtjänt och skulle nog blifvit densamma äfven om öfriga främmande länder låtit sig bättre representeras än hvad nu var fallet. Måtte vi själfva bara inte tro, att så långt ha vi hunnit i skolhygien här i landet *i genomsnitt*. Det kunde bli ett farligt missförstånd.

Angående kongressen kan för öfrigt sägas att den var mycket lyckad. Engelsmännen syntes i början något öfverrumplade af den starka tillströmningen af medlemmar, men funno sig snart till rätta, ordnade det hela högst instruktivt och angenämt och voro de mest älskvärda och förekommande värdar.

Om den nya pensionslagens verkningar.

Af

Axel Lagerman.

Sedan pensionsfrågan nu afgjorts i riksdagen, kan det ej änses vara för tidigt att se till, huru den nya pensionslagen kommer att verka.

Enligt denna lag blir en provinsialläkare pensionsmässig vid uppnådda 62 års ålder och efter 27 tjänsteår, fullgjorda i statens tjänst.

För att kunna få dessa 27 tjänsteår, tills man fyller 62 år, måste man strängt taget vara utnämnd till ordinarie provinsialläkare, *innan man fyllt 35 år*, d. v. s. under det 34 lefnadsåret, ty möjligheterna att genom små förordnanden eller såsom järnvägs-, fängelseläkare o. dyl. kunna skaffa sig tjänsteår i statens tjänst äro ej öppna för så särdeles många.

Undertecknad t. ex., som redan 1894 hade ett järnvägsläkareförordnande, hade till den 1 April 1907 ej lyckats samla mer än 2 år 9 mån. 25 dagar i statstjänst. Vid 41 års ålder (= medelåldern för utnämning till provinsialläkare) har jag 3 år 6 mån. 25 dagar i sådan tjänst. Enligt den gamla regimen skulle jag sålunda blifvit pensionsmässig vid fyllda 63 år, men efter den nya pensionslagen, som fordrar 27 tjänsteår, måste jag stå kvar 2 år ytterligare eller till uppnådda 65 års ålder.

Jag tillhör ändock de mera lyckligt lottade, i det jag blef utnämnd till ordinarie vid en ålder af 40 år 3 mån.

Flertalet andra, hvilka tjänstgjort som extra provinsialläkare eller stadsläkare, bli nog utnämnda först vid senare ålder eller också ha de ej samlat några meriter alls i statstjänst.

För att visa, huru utnämningsåldern till provinsialläkarebefattningarna år från år höjts, har jag gjort bifogade sammanställning, som upptager alla för närvarande i tjänst kvarstående provinsialläkares utnämningsålder.

Alldenstund förste provinsialläkarne ej befordras efter samma grunder som provinsialläkarne, d. v. s. efter tjänsteårsmeriter uteslutande, upptagas de för sig efteråt.

Den vid utnämningen yngste provinsialläkaren utnämndes 1878 vid 30 års ålder, de två äldste utnämndes 1905 och 1906 vid 54 års ålder.

Utnämningsåldern, beräknad i medeltal på 5-årsperioder, har stigit på följande vis:

År 1878—82	var medelåldern	32,71	år
» 1883—87	» »	36,26	»
» 1888—92	» »	38,9	»
» 1893—97	» »	41,23	»
» 1898—02	» »	43,74	»
» 1903—06 (4 år)	var »	45,45	»

Till ordinarie ha af de nu i tjänst varande provinsialläkarne endast 14 utnämnts vid eller under 34 års ålder och af dessa ingen efter 1891, d. v. s. af alla dem, som blifvit utnämnda under de sista 15 åren, skulle ingen efter den nya pensionslagen bli pensionerad i vederbörlig tid, om han haft anställning dessförinnan endast som extra provinsial- eller stadsläkare.

Under sista femårsperioden har endast en vid utnämningen varit under 40 år (39 år). de öfriga 27 ha varit öfver 40 år.

Af alla utnämnda ha 82 varit 40 år eller däröfver vid utnämningen, och kunna dessa således ej få pension förr än vid 67 års ålder tidigast, för så vidt de ej någon tid varit militär-, järnvägsläkare eller dyl.

För att få reda på resp. läkares medellifslängd har jag gått igenom läkarematriklarne från och med 1878 t. o. m. 1906. (Före 1878 finnes ej födelseåret angifvet i matrikeln). Resultatet synes af nedanstående tabell. Ehuru egentligen ej hörande hit har jag dock för jämförelsens skull och, då det möjligen kan intressera en och annan, äfven här medtagit lasaretts-, militär- och hospitalsläkare samt professorer, med.-råd och dyl.

Medellifslängd för:

Femårsperioden	Prov.-läk.	e. prov.-läk.	Stads-läk.	Prov.-läk. + e. prov.-läk.	Prov.-läk. + e. prov.- + stads-läk.	Lasarettsläk.	Militärläkare	Hospitalsläkare.	Prof. med.-råd. t. dyl.	
1878—1881 (4 år)	56,4	42	62,2	54,7	58,21	57,14	60,0	55,0		[illegible]
1882—1886	61,9	40	54,2	60,95	59,75	59,77	65,44	54,5		[illegible]
1887—1891	63,75	48,5	63,54	61,2	61,94	58,27	67,16	63,0		[illegible]
1892—1896	60,7	42,66	56,46	61,82	61,02	58,23	62,68	63,25		[illegible]
1897—1901	68,16	50,4	57,84	66,0	64,0	62,91	63,94	67,66		[illegible]
1902—1906	63,51	47,8	59,12	59,48	59,35	61,5	60,92	49,5		[illegible]
Hela tiden 1878—1906	63,33	47,04	59,36	60,53	60,15	59,43	63,61	59,68	65,6	[illegible]
Antal läkare	142	25	80	—	—	58	115	16	60	[illegible]

Att medellifslängden för prov.-läkare är så hög som 63,33 år är ej förvånande, om man betänker, att af alla dem, som ägna sig åt provinsialläkarebanan under nuvarande förhållanden, endast de lifskraftigaste hinna bli utnämnda till ordinarie. Vore utnämningsåldern lägre, blefve ock medellifslängden lägre, hvilket bäst synes, om man medräknar dem, som hufvudsakligen rekrytera provinsialläkarekåren, nämligen extra provinsial- och stadsläkare. Då blir medellifslängden blott 60,15 år eller något mindre än medellifslängden för läkare öfverhufvudtaget (60,22).

Då en provinsialläkare blir utnämnd vid 41,1 år (medeltal) och dör vid 63,33 år (medeltal) samt får pension efter 27 år i statstjänst, se vi sålunda, att han i medeltalet fall dör fem år innan han blir pensionsberättigad. Konklusionerna göra sig själfva.

Låtom oss därför sträfva efter att få i god tid ordentliga löner och skälig betalning medan vi lefva och kunna arbeta, och afsägom oss hellre denna hägring (efter ens död), som kallas pension.

I sammanhang härmed kan man fråga: hvarför skola provinsialläkarne tjäna tio år, innan de få löneförhöjning, då många andra statens tjänstemän få dem efter 5 år.

Ålder vid utnämning till provinsialläkare.

år	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	54
1878	1																							
1880		1	2	2																				
82									1															
83							1																	
84		1	—	—	1	—	1																	
85					1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1									
86		1	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1										
87				1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1										
88						1	1	—	—	—	1	1												
89							1	2	1	—	1	—	—	1										
1890					1	—	—	—	2	—	—	2												
91					1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1							
92											1	—	1	1										
93								4	—	—	2	—	—	—	—	1	1							
94							1	—	—	2	2	2	—	1	2	1	—	—	—	1				
95													1	—	—	1	—	—	1					
96									1	—	4	1	—	1										
98												3	—	—	—	1	1	—	—	1				
99											1	—	2	—	1	—	—	1						
1900								1	—	—	—	1	—	—	1	—	—	1	—	1				
01									1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	1			
02										1	—	—	1	—	2	—	1							
03												2	—	—	2									
04												1	1	—	—	1	1	1	1	—	—	1		
05													2	—	1	—	1	—	—	2	—	—	—	1
06											1	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1
S:a	1	3	2	4	4	2	6	9	7	5	13	14	8	7	10	6	7	3	3	6	1	1	1	2

En vakans.

Ålder vid utnämning till Förste Provinsialläkare.

år	36	37	39	40	41	43	44	45	46	47	49	50	
1892					1								
93			1	1	1[1])								
94			1						1[3])	1[4])		1[2])	
97	1				1[5])			1[6])					
98	1												
99		1				1[7])							
1900						1		1					
02								1[8])					
04							1						
06			1					1	1[10])		1[9])		
07					1								En vakans.
	2	1	3	1	4	2	1	4	2	1	1	1	

Af dessa ha följande förut blifvit utnämnda till provinsialläkare, näml. vid [1]) 39 år, [2]) 43 år, [3]) 45 år, [4]) 33 år, [5]) 31 år, [6]) 38 år, [7]) 37 år, [8]) 34 år, [9]) 41 år, [10]) 42 år.

medeltal

Ålder vid utnämning till Förste Prov.-läkare: ***42,52 år;***

» » » » » »

för dem, som ej förut varit Prov.-läkare: ***40,38 år;***

Ålder vid utnämning till ordinarie (häri inberäknadt *alla* såväl provinsialläkare som förste provinsialläkare: ***41,0 år;***

Ålder vid *utnämning till provinsialläkare:*
(fr. o. m. 1878 t. o. m. 1906) ***41,1 år,***

medelåldern har höjts för de sistnämnda från att vara år 1878: ***30 år;***

till 46,57 (år 1905) och år 1906 till: ***45,83,***

medeltalet för de båda sistnämnda åren är: ***46,23.***

Medicinalstyrelsens omorganisation.

Genom skrifvelse af den 13 dennes har Kungl. Maj:t anbefallt medicinalstyrelsen att gå i författning om förhyrande af lokal till den beslutna statsmedicinska anstalten från och med den 1 oktober 1908 samt föranstalta om lokalernas anordning och inredning för ifrågavarande ändamål äfvensom att anskaffa för anstalten, utöfver redan befintlig materiel, behöfliga inventarier m. m. så ock vidtaga öfriga på styrelsen ankommande åtgärder för anstaltens uppsättande och iordningsställande i enlighet med den af riksdagen beslutna och af Kungl. Maj:t godkända planen.

Då riksdagen ifrågasatt, huruvida icke genom den nya anstaltens upprättande en minskning af arbetskrafterna inom med.-styr:n skulle kunna äga rum, så anbefalles styr:n i den ofvannämnda kungl. skrifvelsen, att taga under ompröfning och afgifva yttrande, huruvida *genom en omorganisation af medicinalstyrelsen* en inskränkning i arbetskrafterna inom densamma skulle kunna vidtagas.

För Läkartidningens prenumeranter finnes kostnadsfritt tillgängligt ett antal ex. af det riksdagstryck, som innehåller medicinalstyrelsens utlåtande ang. den i år väckta motionen om styrelsens omorganisation. Rekvisition per brefkort till expeditionen, Fredsgatan 24. Detta meddelas på grund af förfrågningar.

Hvarjehanda notiser.

Vid svenska läkarsällskapets sammankomst den 17 dennes nyvaldes till ordförande professor F. Lennmalm och till sekreterare professor E. Müller. Till skattmästare återvaldes d:r E. Sederholm, till bibliotekarie d:r E. O. Hultgren, till redaktör professor C. Sundberg.

till värd d:r A. Fürstenberg. Till ledamöter af sällskapets nämnd återvaldes professorerna J. E. Johansson, J. Åkerman, E. Almquist, M. Salin och d:r Thure Hellström samt nyvaldes professor J. G. Edgren, doktorerna H. Toll och C. Flensburg. Revisorer blefvo d:r A. Berghel samt professorerna S. Jolin och F. Westermark.

Vid sammankomsten d. 24 dennes valdes till medlem i nämnden i st. f. d:r Flensburg, som afsagt sig, d:r Karl Malmsten.

Kungl. Maj:t har medgifvit, att ex. prov.-läkaren i Arjepluogs distrikt får på statens bekostnad företaga årliga tjänsteresor till byarna Bergnäs och Gargasjaur.

Offentliga underrättelser.

Ledlga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-s:yr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Extra prov.-läk.-tj:n i Aspa distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	28 sept.
En underläk.-tj. v. Stockholms stads allm. försörjn.-inrättn:s afd. för kroppssjuka (tillträdes 16 okt.; löneförmåner: 2,800 kr. + fri bostad; sökes hos styrelsen, Fleminggatan 22)	1 okt.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Hernösand[3]) (löneförmåner: 2,000 kr. jämte bostad och kost)	2 okt.
Underläk.-tj:n v. Eira, Stockholms stads och läns sjukhus (löneförmåner: 2,400 kr. jämte bostad; ansökan, ställd till sjukhusets direktion, inlämnas å exp., Handtverkargatan 13)	4 okt.
En underläk.-tj. v. Uppsala asyl[3]) (löneförmåner: 2,500 kr. — 3,000 kr. för lic. — jämte bostad och kost)	7 okt.
Stadsläk.-tj:n i Strömstad (lön: 1,250 kr, sökes hos magistraten)	7 okt.
En bat.-läk.-tj. v. Västgöta reg:te[1])	9 okt.
En bat.-läk.-tj. v. Värmlands reg:te[1])	9 okt.
Extra prov.-läk.-tj:n i Älfdalens distr. (tillträdes 1 nov. för tiden t. o. m. 1908); distr. omfattar Älfdalens socken af Kopparbergs län med 4,914 invånare 1 jan. 06; läkarstation, sjukstuga och apotek i kyrkbyn; löneförmåner: 3,000 kr. och fri bostad; ansökan inlämnas hos distr.-styr:n, adr. C. W. Söderström, Älfdalen)	10 okt.
Biträd. hosp.-läk.-tj:n i Växjö[3]) (tillträdes 1 jan. löneförmåner: 3,500 kr. — för kand. 2,500 kr. — jämte fri bostad och kost)	12 okt.
Underläk.-tj:n v. Växjö hosp:s kriminalafd.[3]) (tillträdes 1 jan.; löneförmåner: 3,000 kr. — för kand., 2,500 kr. — jämte fri bostad och kost)	12 okt.
Prov.-läk.-tj:n i Målilla distr.[1])	13 okt.
Extra prov.-läk.-tj:n i Malå distr.[2]) (ledigförklarad för tiden t. o. m. 1911; distr. omfattar Malå socken af Västernorrlands län med 2,680 invånare 1 jan. 05; löneförmåner: 3,000 kr. jämte 300 kr. i hyresbidrag)	13 okt.

Extra prov.-läk.-tj:n i Vilhelmina distr.[2]) (ledigförklarad för tiden t. o. m. 1911; distr. omfattar Vilhelmina socken i Västerbottens län med 7,024 invånare den 1 jan. 06; läk.-station och med.-förråd i Kyrkbyn; lön: 3,000 kr.) 21 okt.

Lediga resestipendier:

Riksstatens större resestip. för civila läkare à 2,000 kr.[1]) 30 sept.
Riksstatens mindre resestip. f. civila läkare à 1,500 kr.[1]) 30 sept.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Sotholm[1]) (pensionsafgift 200 kr.) 4 okt.
Apoteket i Mörtfors[1]) 6 okt.

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Ex. prov.-läk. i Vilhelmina distr. *C. A. L. Almqvist* (31 okt.)

Legitimerade:

Lic. *Nils Gottfrid Marén* (Uppsala).

Af med.-styr:n afgifna förord till apoteksprivilegier:

Till *nya apoteket i Dannemora:* A. S. Andersson (af ap.-soc:ns dir:n föreslagna: A. S. Andersson, A. T. Hellman och G. A. Helmer).
Till *apoteket i Delsbo:* G. A. Helmer (af ap.-soc:ns dir:n föreslagna: G. A. Helmer, J. Larsson, C. H. Bolander).
Till *apoteket i Tingsryd:* W. Sundeli (af ap.-soc:ns dir:n föreslagna: W. Sundeli, G. W. Rosenberg, A. O. Sjöholm).

Sökande:

Till *ex. prov.-läk.-tj:n i Näskotts distr.:* lic:rna G. H. Allvin, F. H. E. Brand och J. L. Ericson.
Till *en marinläk.-tj. af 1:a graden* (i ordn. efter tj:år): marinläkarna af 2:a gr. Pihl, Lagerholm, Linder och Arfwedson.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Civ.-stip. *P. G. Olsson* t. f. prov.-läk. i Hede distr. 24 sept.—23 okt. (s).
Civ.-stip. *F. J. Jacobsson* t. f. prov.-läk. i Eskilstuna distr. 1—30 okt. (s).
Lic. *W. Wåhlin* t. f. bitr. prov.-läk. i Malmö distr. 1 okt.—31 dec. (t).
Kand. *Emil Andersson* t. f. prov.-läk. i Tanums distr. 23 sept.—22 okt. (s).
Lic. *C. A. L. Almqvist* t. f. ex. prov.-läk. i Vilhelmina distr. fr. 1 nov. (v).
Bitr. prov.-läk. *A. J. Ekelund* t. f. 1:e prov.-läk. i Jönköpings län fortf. t. o. m. 30 sept.
T. f. 1:e prov.läk. *Dahlberg* t. f. prov.-läk. i Karlskrona distr. fr. 17 sept. (v).

Döda:

F. d. provinsialläkaren m. m., medicine doktorn och kirurgie magistern *Fredrik Oscar Casimir Neyber* afled i Ronneby den 18 dennes vid 78 års ålder.

Innehafvaren af apoteket i Hudiksvall *Carl Brun* afled den 18 dennes 56 år gammal.

Innehafvaren af apoteket i Bergsjö *S. Ljungberg* afled den 18 dennes vid 62 års ålder.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 4 oktober 1907.

4:e årg.	Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER.	N:o 40.

Innehåll: NILS ENGLUND: Ett par nya metoder för desinfektion med Formalehydgas utan särskilda apparater. — BROR BJERNER: Några ord om s. k. Rauhes Athmen med anledning af ett fall af trachealfistel. — Förslaget till ändring af läkaretaxan. — Bokanmälan. — Till herrar medlemmar af provinsialläkarkåren. — Periodisk litteratur. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser. — Epidemiöfversikt.

Ett par nya metoder för desinfektion med Formaldehydgas utan särskilda apparater.

Af

Nils Englund.

Föredrag vid Älfsborgs och Skaraborgs läns Läkareföreningars möte d. 4 augusti 1907.

Vår desinfektionsmetod, jag menar den i Älfsborgs län vanliga, synes mig vara den enklast möjliga. Härvid utgår jag ifrån vårt desinfektionsreglemente, i hvilket hufvudvikten lagts på användningen af 2 % formalin fördelad på desinfektionsobjekten medels spräspruta. Under alla förhållanden där densamma *kan* användas, måste vi vidhålla densamma såsom varande den pålitligaste och enklaste samt billigaste, därest densamma rätt, efter föreskrift användes.

I förbigående vill jag nämna, att föreskrifter, som man finner i tyska desinfektionsreglementen, (och hvilka naturligtvis eftersägas i våra svenska, t. ex. i föreskriften om smittrening efter lungsot), att man skall, jämte användning af formalin, begagna sig af sublimatlösning för att tvätta t. ex. gröfre smutsfläckar, förorenade klosettsitsar och dylikt, saknar all reson. Då man begagnar sig af ett så kraftigt medel som 1 à 2 % formalinlösning, finnes intet som helst skäl att därbredvid tillgripa ett desinfektionsmedel af annat slag, sådant som sublimat, hvilket man för öfrigt icke gärna kan utlämna i tillräcklig mängd till desinfektörer på landsbygden.

Desinfekterar man i enstaka fall med formaldehydgas — hvarvid man ju för närvarande använder formalin som gaskälla — ligger det ju närmast till hands att blöta eller spola större smutsfläckar eller effekter med lösningar af detta medel. Därvid förhöjer man samtidigt verkan af formaldehydgasen i rummet genom att tillföra ökad fuktighetshalt. — Detta, som sagdt, i förbigående.

Esomoftast förekommer det att man behöfver tillgripa gasdesinfektionen med formaldehydgas.

Härtill har hittills kräfts särskild apparat: kokare med värmekälla, exempelvis primuskök. Dylik apparat är visserligen skäligen billig, men den finnes icke allestädes. Dessutom är den ju litet besvärlig att föra med sig, och gasutvecklingen tager viss tid i anspråk, en tid, som desinfektörerna ej alltid anse sig vilja offra. Jag har också flera gånger varit i tillfälle iakttaga, huru en och annan desinfektör endast använder näsan, lukten, som reagens på huruvida desinfektionen är nöjaktig — och icke vidare bryr sig om föreskrifterna om *mängden* formaldehydgas (utgående från formalinmängden), som kräfves. I vårt reglemente kräfva vi gas från minst 10 cc Formalin till hvarje kub.-meter rum (d. v. s. 4 gram formaldehyd per kub.-meter), eller, med vår Farmakopés Solutio Formaldehydi, som skall innehålla 36 % formaldehyd c:a 12 cc formalin.

Bäst är ju, om man kan komma tillrätta utan apparater och värmekällor och kan använda ett medel, hvilket, om det är rätt beräknadt efter kub.-mtr, genast fyller rummet på kort stund med nödiga mängden formaldehyd och således icke förorsakar tidsutdräkt för desinfektören eller kan ge denne anledning att för den skull afknappa på kvantiteten.

Jag skall be att få förevisa *ett par* sådana medel.

Det ena utsläppes i marknaden af Farbenfabriken vorm. Fr. Bayer & C:o i Elberfeld under namnet *Autan*.

Detsamma har uppfunnits af en D:r Eichengrün och publicerats i Zeitschr. f. angewandte Chemie. Bd XIX. H. 33, och har med afseende på desinfektionsförmåga pröfvats på Hygien. Institutet i Bonn af Privatdocenten D:r Selter och på Hygien. Bakteriologisches Institut i Bern af E. Tomarkin och O. Heller.

Dessas undersökningsresultat redovisas i Münchener Med. Wochenschrift 1906 n:o 50 ($^{11}/_{12}$ 06), Deutsche Med. Wochenschrift 1907 n:o 6 ($^{7}/_{2}$ 07). Sedermera har medlet pröfvats på ett mycket stort antal ställen. Medlet, hvars närmare sammansättning är fabrikshemlighet, utgöres af en blandning *paraformaldehyd* — samma ämne vi få som rest, om vi

torrkoka formalin — och någon *»metall-superoxid»*. (Calcium superoxid?)

Enl. Eichengrün kan man som allmän regel uppställa, att alla alkaliskt reagerande superoxider vid närvaro af vatten hafva förmåga afpolymerisera paraldehyden till formaldehyd.

Härpå baseras Autans användning.

För hvarje kubikmeter rum bör användas *minst* 50 gr. Autan. För säkerhets skull vill jag föreslå 60 gram. Tyskarna pläga, enligt mitt förmenande, vid sin desinfektion med formaldehydgas använda allt för små kvantiteter.

Förfarandet är följande:

Sedan man på öfligt sätt isärställt möblerna, hängt isär kläder m. m., utdragit byrålådor samt besprutat golfvet med 2 % formalinlösning o. s. v., uppställer man i rummet en balja, hink eller annat större kärl, ihäller i detta kärl den behöfliga mängden Autan d. v. s. 60 gram = 2 stora matskedar per kubikmeter rum, fuktar detta med dess lika viktsmängd, = 4 stora matskedar vatten, omrör hastigt blandningen och aflägsnar sig samt tillstänger dörren. Vid tillsats af vattnet råkar blandningen i pösning och liflig värmutveckling och paraldehydgasen afpolymeriseras samt utdrifves såsom formaldehyd.

Efter 4—6 timmar — tidigast — därest rummet är väl varmt, efter 8—9 timmar, därest rummet har låg temperatur, försätter man den medföljande ammoniakutvecklaren (d. v. s. en blandning af klorammonium och kaustik kalk (kalkhydrat) med vatten, insätter detta i rummet, så att ammoniaken får utbreda sig där och neutralisera formaldehyden. (Detta endast, om man vill genast aflägsna formalinlukten).

Förfarandet är, som vi se, synnerligen enkelt och möjligt att öfverallt genomföra.

För egen del har jag ej varit i tillfälle å bakterier profva metodens tillförlitlighet. Tillfoga vill jag emellertid, att man vid gasdesinfektion medels Autan — liksom vid all formaldehyd-desinfektion — alltid bör förstärka gasdesinfektionen i rum genom att bespruta golfvet med 2 % formalinlösning. Detta är här vid Autan-desinfektion desto nödvändigare, som man vid användning af detta medel icke når den, enligt min åsikt, nödiga fuktighetshalten i rummet.

För desinfektören bör man hafva en tabell, däri mängden behöflig *Autan* för hvarje 10-tal rums-kub.-mtr, är direkt angifven, äfvensom mängden »ammoniakutvecklings» pulver, därest sådant anses behöfligt.

Priset på *Autan* kan jag icke uppgifva. Det prof jag kunnat erhålla var beräknadt för 40 kub.-meters rum och kostade

9 kronor. Däri ingick också behöfliga mängder »Ammoniakutvecklare». Det var en enstaka rekvisition. Vid större inköp blir det gifvetvis billigare.

Jag har för några månader sedan tillskrifvit en formalinfabrik i Sverige med förfrågan om den ej ärnade tillverka Autanliknande medel, men ej erhållit svar.

Nu skall jag påvisa en annan metod för gasdesinfektion med formaldehyd utan värmekälla. (Gasdesinfektion medel formalin på kall väg).

Här begagnar man vår vanliga formalin (solutio formaldehydi), ej paraldehyd. Öfvergjuter man rent öfvermangansyradt kali med dess dubbla viktsmängd Formalin, råkar blandningen i häftig pösning och värmeutveckling och formaldehydgasen utdrifves. För praktiska bruk kan man begagna sig af följande förfaringssätt: i ett större kärl häller man först behöfliga mängden öfvermangansyradt kali och begjuter detta med 1 $^{1}/_{2}$ gång dess vikt Formalin.

För hvarje kub.-mtr rum beräknar man minst *20 gram* öfvermangansyradt kali + 30 cc Formalin.

Rummet bör på förhand vara uppvärmdt och golfvet besprutadt med 2 % formalinlösning samt bör, efter sedan det fyllts med gas, stå tillslutet 7—8 timmar (hellre än längre).

För ett rum om 40 kub.-meter kräfves sålunda: 40 × 20 = 800 gram öfvermangansyradt kali samt 1,200 cc Formalin.

Jag föreslår således att mängden ökas äfven här, så att man använder för 50 kub.-meter rum:

1 kilo Öfvermangansyradt kali
1.5 kilo Formalin

Kostnaden ställer sig vid denna metod icke afskräckande. För ett rum om 50 kub.-meter åtgå:

1 kg. öfvermangansyradt kali c:a	1.75 kr.
1.5 kg. Formalin à 1.50............	2.25 »
	kr. 4.00

Anm. Dessa pris noteras vid köp af 5 kilo på en gång, och så pass stora partier kunna ju mycket ofta kräfvas vid desinfektion af bostäder o. d.

Vid större inköp torde helt visst större rabatt kunna betingas.

Vill man sedan taga bort formaldehydlukten, begagnar man sig äfven här af »Ammoniakutvecklare» liksom vid Autanmetoden.

Äfven denna metod är särdeles enkel. Här behöfver man endast medföra behöfliga mängder öfvermangansyradt kali, hvilka man ju kan hafva i afvägda partier samt formalin. Formalin måste man ju alltid medhafva för golfvets begjutning. Jag antar att man med fördel kan använda sig af det vanliga tekniska öfvermangansyradt kali, hvilket är billigare än det rena apotekspreparatet och kan fås ganska rent.

De nu anförda metoderna torde behöfva närmare granskas och pröfvas beträffande verkan. De förtjäna i alla händelser att beaktas för sin ofantligt stora enkelhets skull.

Några ord om s. k. Rauhes Athmen med anledning af ett fall af trachealfistel.

(Från Allm. Försörjningsinrättningens sjukhus).

Af

Bror Bjerner.

Det s. k. rauhes Athmen eller, som det väl numera allmänt kallas här i Sverige, det orena andningsljudet har först relativt sent blifvit kändt och uppskattadt till sin betydelse inom den fysikaliska diagnostiken. Uppfattningen af detsammas patogenes och diagnostiska betydelse har därför ännu väl knappast vunnit den klarhet och bestämdhet, att ej ett fall — om ock endast ett — som i någon ringa mån kan bidraga att belysa dessa faktorer från något håll, kan vara af ett visst intresse.

Innan jag öfvergår till att i största korthet relatera det fall, som gifvit anledningen till denna lilla uppsats, vill jag nämna några ord om auktorernas åsikter och uppfattning af det orena andningsljudet. För att ej blifva för lång vill jag inskränka deras antal till tre. Det torde vara rättvist att göra början med professor J. Grancher, som, så vidt jag vet, varit en af de första, som fäst uppmärksamheten på detta andningsljud eller åtminstone den, som ifrigast framhållit dess stora betydelse för den tidiga diagnosen af lungtuberkulos. (Det orena andningsljudet har väl förr mycket sammanblandats med det obestämda eller också med det sträfva; ännu i våra dagar torde denna förväxling ofta äga rum.) Redan år 1882 utkom Granchers första publikation i denna fråga, och i sitt 1890 utgifna större arbete »Maladies de l'appareil réspiratoire, Tuberculose et auscultation», redogör han utförligt för sin ståndpunkt. Det orena andningsljudet, la réspiration rude, säger Grancher, uppkommer akustiskt sedt, då respirationsljudet

förlorar den af sina egenskaper, som han benämner la douceur, mjukheten, den af dess 4 hufvudkaraktärer, »som gör det normala andningsljudet så mjukt och smekande för örat». Respirationen gör ett ojämnt, liksom skrofligt intryck och örat får förnimmelsen af »en luftpelare, som glider emot ojämna och förträngda väggar». Vidare har andningsljudet oftast en musikaliskt lägre tonhöjd än det normala och är äfven ofta svagare till sin ljudstyrka. — Grancher ger alltså en tämligen vid beskrifning af ljudfenomenet och han innefattar också under »la réspiration rude» flere underafdelningar med litet skilda karaktärer: »sèches», »granuleuses», »dures», »râpenses» m. fl. — Han tillskrifver nu denna respiration den betydelsen i diagnostiskt hänseende, att, om den förekommer isolerad vid flere, t. ex. tre efter hvarandra med någon mellantid följande undersökningar, och öfriga symptom i någon mån tala för tuberkulos, han anser sig kunna sätta en tämligen säker sannolikhetsdiagnos på började lungtuberkulos, äfven om baciller och rassel saknas. Dock uppfattar han ingalunda »la réspiration rude» såsom patognomonisk för tuberkulos, utan förklarar densamma äfven förekomma vid flera olika patologiska processer i lungor och broncher såsom vid afklingandet af en diffus bronchit o. d. Grancher föreställer sig uppkomsten af det orena andningsljudet ungefär sålunda (med hänsyn till tuberkulosen): De första tuberklerna utveckla sig (Rindfleisch m. fl.) vid bronchiolus' öfvergång i acinus, i vestibulum, härigenom uppkommer en förträngning eller tilltäppning af lumen, och då luften vid andningen rusar in i acini, hvilket normaliter sker med det mjuka ljud, som kallas normalt vesiculärt andningsljud, möter densamma hinder och förträngningar på olika ställen, och genom den ökade gnidningen samt den liksom i afsatser skeende genomträngningen af luften, uppstår »la réspiration rude». Vid bronchiter och kongestioner samma förklaring som förut, fast bronchioli och bronchi här spela samma roll som vestibuli nyss. — Det orena andningsljudet iakttages enligt Grancher vid ett mycket tidigt stadium af tuberklernas utveckling, ett förstadium till den klassiska tuberkulosens första stadium (med dämpning o. s. v.), af honom kalladt »la germination».

Sahli beskrifver i sin »Lehrbuch des klinischen Untersuchungsmetoden» rauhes Alhmen eller såsom han också kallar det unreines Athmen såsom »ein unreines, leicht holperiges Geraüsch» och tillägger, att det här och där ger intryck af en tillblandning af biljud. Han förklarar det så, att, till följd af den partiella tilltäppningen af broncher, den ifrågavarande lungdelen gör oregelbundna andningsexcursioner, eller också blanda

sig, till följd af sekret i broncherna, ännu ej differentierade biljud med andningsljudet och åstadkomma så det orena andningsljudet i stället för att, då de äro akustiskt differentierade, åstadkomma rassel. Till sin diagnostiska betydelse är »rauhes Athmen» enligt Sahli ett katarrfenomen.

Turban ger i sin utmärkta bok »Beiträge zur Kentniss der Lungentuberkulose» 1899 äfven en beskrifning på det här afhandlade respirationsljudet, som i det stora hela öfverensstämmer med de föregåendes; dock förtjänar kanhända särskildt att framhållas hans jämförelse af »rauhes Athmen» med surrandet af en induktionshammare, ett ljudfenomen, som väl är att betrakta som utmärkande en varietet af det orena andningsljudet och lämpligen kan betecknas såsom ett »surrande respirationsljud», ett uttryck, som väl äfven användes här i Sverige inom phtisiologien. Hans utredning af patogenesen skiljer sig ej nämnvärdt från de föregåendes.

Det är klart att ett respirationsljud, hvars akustiska karaktär är så obestämd och liksom suddig, löper fara att blifva förväxladt med de olika biljud, som, såsom bekant, kunna förekomma vid andningen. Framför allt är detta fallet med det vanligast förekommande af alla auskultatoriska biljud, muskelljudet, som särskildt förekommer hos för undersökningen nervösa patienter, som ej kunna åstadkomma den jämna och djupa andning, som är af nöden för att en auskultation skall blifva af värde. Detta biljud påminner mycket om surrandet af induktionshammaren och liknar alltså den art af den orena andningen, som Turban och andra auktorer betecknat med denna jämförelse. Det surrande ljudet är under vissa förhållanden — hvarom hvem som helst med lätthet kan öfvertyga sig — ej inskränkt till lunggränserna utan kan äfven iakttagas å halsen och nedanför lungornas undre gränser. Konstaterandet af detta fenomen, hvilket, som nämndt, har en ganska stor likhet med det här afhandlade respirationsljudet, har gjort, att en del iakttagare känt sig skeptiska mot tolkandet af det s. k. »rauhes Athmen» som respirationsljud, och trots de framstående auktoriteter, som gå i borgen för iakttagelsernas riktighet, vågat framkasta den förmodan, att det alltid är att betrakta såsom muskelljud. Inga talrika sektioner föreligga heller för att styrka andningsljudets existens, hvilket ju ligger i sakens natur, i betraktande af det tidiga stadium af sjukdomen, som ljudet uppträder. — Grancher har ett par sektionsfall, men på grund af dessas fåtalighet kunna de ju med god vilja bortresoneras. (Själf har jag varit i tillfälle att iakttaga huru svårt det är att hos personer, som aflida af lungtuberkulos, strax ante mortem finna någon fläck å lungorna

med ett isoleradt orent andningsljud för att sedan vid sektionen konstatera förändringarna). D:r E. Waller, öfverläkare å Hålahults sanatorium, har i ett föredrag, hållet i Medicinska föreningen våren 1906 gjort sig till tolk för uppfattningen af det orena andningsljudets muskulära ursprung.

Jag har under den tid jag tjänstgjort som underläkare vid härvarande sjukhus varit i tillfälle att iakttaga en patient, som lider af trachealfistel och tycker mig hafva funnit, att iakttagandet af denne patients andning med sluten och öppen fistel gifvit mig vissa hållpunkter för att mera experimentellt bedöma denna sak, som ju annars liksom mycket, som rör auskultation och perkussion, ställer sig något subjektiv. Jag vill därför öfvergå till en hastig résumé af patientens sjukhistoria och status:

24 år gammal arbetare med hereditär lues, allt från barndomen mycket klen, vid 6—7 års ålder lunginflammation med vatten i lungsäcken, vid 8—9 år keratitis parenchymatosa, vid 10—11 år luetisk inflammation af näsan och svalget, hvarvid bland annat vomer sequestrerades, sedan inflammation i strupen, hvarför tracheotomi måste göras, försök att sluta fisteln misslyckats; kanylen borttogs 1903 efter att hafva suttit inne i 6 år. Sedan 1903 »frisk», d. v. s. förmögen till lindrigare arbete. Af hosta har patienten varit besvärad, så länge han kan minnas; för ett år se'n blodfärgadt sputum, itererad och ökad hæmoptys för ½ år sedan, för 4 månader en rätt riklig hæmoptoë, 1 kvarter ung. För 5—6 år sedan vänstersidig hemipares med liksidig facialispares, sedan upprepade ictus, med tillfällig ökning af den vänstersidiga paresen, särskildt i benet. Status præsens 9 nov. 06: Typiska tecken för lues hereditaria tarda såsom sattelnase, spetsbågform af hårda gommen, fastväxning af mjuka gommen vid pharynxväggen, stråliga ärr i pharynx; *en fistel* af något mer än en gåspennas vidd ledande in i trachéa nedom ringbrosket; för närvarande ingen stenos. Fysikalisk undersökning af lungorna: Perkussion: lätt dämpad å båda ff scl och ssp, för öfrigt full och klar, något hypersonor ton. Auskultation: 1) med sluten fistel: intet stenosljud! Svag och oren (något surrande) andning öfver båda »spetsarne», ff. scl och ssp å båda sidor. För öfrigt respirationen ganska svag, men ren och utan biljud, ingenstädes rassel; 2) öppen fistel; intet stenosljud; respirationsljudet vida starkare, öfver allt, äfven i de nedre partierna och I—II interst. fr., starkt surrande, ganska tydligt påminnande om ljudet af en faradisk apparat, ingenstädes rassel.

Denna iakttagelse har bekräftats vid upprepade af undertecknad företagna undersökningar samt vid demonstration för

Föreningen för invärtes medicin i nov. 1906. De slutsatser, som af dessa enkla observationer kunna dragas, synas mig ej sakna sitt intresse. Fallet visar nu visserligen ej, att en viss förändring af lungparenchymet karakteriseras af orent andningsljud, men det synes mig med rätt stor tydlighet ge vid handen, att det i dessa rader afhandlade respirationsljudet *kan* uppkomma inom respirationstraktus och ej (i detta fall) är beroende af muskelljud. Sedan kommer den frågan — af mindre vikt — huru skall man tänka sig, att det surrande ljudet uppstår vid öppnandet af fisteln? En förklaring ligger nära till hands (men är möjligen därför ej riktig): då fisteln öppnas, strömmar luften in i trachea, dels från fisteln, dels från de normala respirationsöppningarna; härigenom uppkomma två luftströmmar, som interferera med hvarandra och särskildt vid sitt inströmmande i och vidgande af alveolerna åstadkomma det surrande ljudet. Här skulle alltså, fastän frambragt på ett helt annat sätt, samma förhållanden äga rum, som dem Grancher dragit fram för att förklara fenomenet. Förmodligen är väl saken ej så enkel, men schematiskt kan ju denna tolkning ge åtminstone en föreställning om processen.

Innan jag lämnar patienten ifråga vill jag säga några ord om de vid så väl öppen som sluten fistel hörbara förändringarne å patientens lungspetsar. Det kunde ju här vara lockande att kasta skulden på hans lues, som ju i den modärna medicinen får vara syndabock för så mycket, men vid närmare inträngande i fallet måste en tuberkulös affär förefalla sannolikare: dels äro ju specifika förändringar mycket sällsynt i lungorna vid lues och särskildt vid lues hereditaria tarda, dels har patienten haft typiska feberstegringar vid en allvarlig hæmoptys, som iakttagits här å sjukhuset, dels har han gifvit typisk positiv reaktion för tuberkulin. Detta sagdt i förbigående för att förklara de fysikaliska förändringarna å spetsarne, som ej hafva något att göra med trachealfisteln.

Fallet är, som sagdt, af ett visst intresse, därför att det visar, att »rauhes Athmen» *kan* uppstå inom luftvägarne på ett ganska otvetydigt sätt. Därmed vill jag naturligen på intet vis förneka, att förekomsten af muskelljud som felkälla spelar en ganska stor roll vid auskultationen af lungorna; tvärt om tror jag med d:r Waller, att månget s. k. rauhes Athmen ej är annat än biljud, och det gäller att, genom att lära patienten att andas och hosta på lämpligt sätt och genom att uppöfva sitt öra, söka skilja det falska biljudet från det äkta andningsljudet. Det är rätt belysande att se huru Grancher på senare tiden (i sin föreläsning på tuberkuloskongressen okt. 1905 »Diagnostic précoce par l'auscultation) anser, att det enbart

försvagade andningsljudet är det vanligaste och viktigaste »frühdiagnostiska» tecknet på tbc, medan han i sin bok, Auscultation et tuberculose sätter »la résipiration rude» i främsta rummet.

Förslaget till ändring af läkaretaxan.

I n:o 36 denna tidning har hr provinsialläkaren Schwieler med anledning af min föregående inlaga i saken haft godheten ytterligare påpeka till hvilka orimligheter tillämpningen af § 7 mom. 2 i nu gällande taxa kan leda. Herr S. kommer därvid till den helt visst sunda åsikten, att bäst vore om hela detta mom. 2 bortfölle.

Men är det verkligen i vårt intresse att i samband med framställd anhållan om höjning i taxan *nu* söka framdraga hvarjehanda brister i densammas bestämmelser?

I mitt af Kungl. Bef. affordrade yttrande af d. 26 juli har jag med orden: »För såvidt denna mycket svårtillämpade, eller rättare i praktiken aldrig fullt genomförbara bestämmelse om arvodesberäkning efter tid vid flere sammanhängande sjukbesök kan anses alls böra kvarstå utan grundlig omredigering...» visserligen sökt angifva min ståndpunkt beträffande omordade mom, men har jag aktat mig göra bestämdt yrkande. Jag håller nämligen före, att en revidering af gällande taxebestämmelse, där den icke afser endast en höjning i nuvarande allt för låga arfvodesberäkning, skulle hafva till följd ett betydligt *försenande* af det resultat, som vi med vår underdåniga framställning afsett. En början granskning måste nämligen snart nog klargöra, att åtskilliga af gällande taxas §§ äro i behof af omredigering. Det af mig i n:o 33 framlagda tillägg till § 7 mom. 2 har också endast afsett att söka lämna ersättning för det af Föreningens styrelse föreslagna arvodestillägg, som numera på grund af Med.-Styr:s förslag måste anses ej längre vara att räkna med.

Jag vågar alltså bestämdt framhålla *det okloka uti att för närvarande intåta sig på vidlyftigare ändringsförslag.*

Årjeng den 7 sept. 1907.

E. O. Nordenadler.

Några erinringar i anledning af d:r Nyblins inlägg i n:r 38.

D:r Nyblin söker genom anfördt ex. påvisa, huru den af mig föreslagna lydelsen af § 7 mom. 2 i vissa fall skulle kunna tillföra läkaren för högt arvode. Genom goda tågförbindelser skulle nämligen ett sjukbesök på 2 mils afstånd kunna fullgöras på så kort tid, att ett arvode af 9,50 vore oskäligt högt.

Oafsedt den omständigheten att ett offentligt uttalande från vår sida i dylik riktning ingalunda kan anses befrämja våra sträfvanden till en *förhöjd* taxa, hvilket *enda* mål den underdåniga framställningen i saken dock velat afse, måste jag uttala min förundran öfver d:r N:s farhåga, att ett arvode af 9,50 för ett sjukbesök på två mils afstånd kan anses vara »alltför mycket till patientens nackdel»; ty icke vill väl hr N. i den omständighet, att det är hans *andra* patient, se någon

rimlig orsak till, att denne skulle utnyttja läkarens arbete mot lägre ersättning.

Det är visserligen sant, att jag genom gynnsamma kommunikationer i ena fallet kan fullgöra samma arbete på kanske hälften så kort tid, som i det andra fallet måhända kräfts för dess fullgörande, men icke anser väl hr N., att min patient i denna omständighet kan hafva giltig anledning att *sänka* ett annars som skäligt ansedt arvode. Hr N:s patient i det anförda exemplet undgår ju dessutom alldeles den visst icke obetydliga skjutsersättning, som skolat drabba honom, därest färden skett efter häst.

Nej, låt oss framför allt taga fasta på, att »provinsialläkarkommittén» vid sitt förslag till gällande taxa i första hand uppställt ett enligt dess åsikt skäligt arvode för sjukbesök på olika afstånd från läkarens bostad med hänsyn till den betalningsskyldiges förmåga i allmänhet att utgöra arvodet och läkarens berättigade anspråk på ersättning för sitt arbete, hvilket arvode emellertid på grund af fördyrade lefnadskostnader numer måste anses för lågt; att vidare kommittén vid arvodesberäkningen utgått från förutsättning af resa efter häst såsom det vanligast förekommande sättet att färdas, men att kommittén, då en mängd fall måste inträffa, där dylikt färdmedel icke kunnat tilllämpas, ansett lämpligt fastställa en för alla andra sätt gemensam arvodesberäkning — efter tid. Härvid är dock att märka, att kommittén därmed ingalunda afsett en *sänkning* i det enskilda fallet af det redan fastslagna arvodet efter afstånd, ty den yttrar i sin motivering, att den »sökt fastställa sådant arvode..., att någon väsentlig skillnad i arvodet för ett sjukbesök på ett visst gifvet afstånd från läkarens station icke skulle uppkomma, vare sig resan företages med skjuts... eller färden sker med annat fortskaffningsmedel...» Fastmer är det antagligt, att kommittén härigenom velat skydda läkaren mot allt för låg ersättning i den mängd fall, där tidsutdräkten för sjukbesöket komme att afsevärdt *öfverstiga* den vid besök efter häst.

Om nu i d:r N:s exempel ersättningen för järnvägsresan ställer sig anmärkningsvärdt lägre än den ersättning, som skolat utgå efter afståndsberäkning, så torde detta möligen ådagalägga antingen att kommitterades beräkning varit ofullkomlig, eller måhända — att vi under de 20 år, som sedan dess förflutit, ernått snabbare kommunikationer; det visar emellertid *icke,* att det lägre arvodet är det för vårt arbete skäliga.

Hr N:s ändringsförslag till § 7 mom. 2 kan jag alltså icke finna godt: det utjämnar icke orättvisan i *hvarje* fall, och dess bestämmelse om 3 kr. för besök på afstånd intill 2 km. är öfverflödig, då enl. taxan tidsberäkning sker först vid större afstånd (och herr N. förordar ju ersättningsberäkning för hvarje besök som för afslutad resa).

Hr N:s förslag till ändring af § 10 mom. 2 bör enl. mitt förmenande heller icke till de vällyckade. Om jag till följd af andra tjänsteåligganden varit förhindrad att under dagen fullfölja en påyrkad sjukresa, så att denna måste företagas om natten, kan jag icke inse, att detta mitt nattarbete bör ersättas lägre, än om kallelsen inträffat nattetid; nej, må den ömsinte läkaren, där hans krafter och hälsa sådant medgifver, gärna vara huru tillmötesgående som helst, men låt oss icke få genom lag bundet ett förmenande af den rätt till högre ersättning för nattarbete, som dock inom andra yrken numer finnes erkänd och tillämpad.

Som jag redan förut framhållit, har mitt ursprungliga inlägg i denna fråga icke velat gå utanför ramen för den underdåniga framställningen om *förhöjd* taxa, och jag måste alltså beklaga, om en

diskussion vid sidan härom till skada för själfva saken skulle utveckla sig; bäst vore kanske alltså, om det redan från två håll framställda förslaget om slopande af § 7 mom. 2 blefve verklighet.

E. O. Nordenadler.

Bokanmälan.

Upplysningar för unga kvinnor, heter en liten broschyr af d:r Karolina Widerström, afsedd »att ge kvinnor upplysning om en del faror, som förhållandet till det andra könet kan innebära.»

Först påpekas med några ord de svårigheter, som ofta hopa sig kring den ogifta modern och hennes barn, väl behöfligt, då ju den skenbart självklara sanningen att hafvandeskap är den naturliga följden af könsumgänge ännu ingalunda trängt in i ungdomens medvetande.

Sedan lämnas en kort och lättfattlig beskrifning på gonorréens och syfilis vanligaste symptom, följder och smittningsmöjligheter samt råd att genast söka läkarhjälp, om sådan sjukdom kan misstänkas, hvarjämte vikten af renlighet framhålles.

Slutligen gifvas några kortfattade råd, afsedda att hindra beträdandet af de vägar, som förr eller senare leda till de påpekade olyckorna. Förf:s klara, lugna framställningssätt samt det billiga priset — 5 öre — gör den lilla broschyren väl ägnad att bli en god hjälp i striden mot de vådliga följder, som oregelbundna könsförbindelser i allmänhet medföra för kvinnorna och genom dem för det kommande släktet. Profylaxen är ju på detta område af allra största vikt och häftet förtjänar att spridas af de läkare, som genom sin ställning komma i kontakt med större eller mindre grupper af unga flickor, hvilka kunna förutsättas bli utsatta för frestelser i dessa afseenden.

Broschyren, utgifven på eget förlag, distribueras genom Nord. bokhandeln, där enstaka exemplar kunna köpas. I parti kan den rekvireras hos d:r Widerström till ett pris af 4 kronor pr 100 ex.

Alma Sundquist.

Till herrar medlemmar af provinsialläkarkåren.

Till den uppmaning, som i n:r 38 af Läkartidningen gjorts af provinsialläkarföreningens styrelse med anledning af det betänkande, som kommittén för omreglering af rikets provinsialläkardistrikt afgifvit, vilja vi härmed till de kamrater, hvilkas distrikt eller stationer genom den föreslagna regleringen underkastats förändring, rikta en vördsam anhållan, att de snarast möjligt behagade insända sina uttalanden ang. förslaget till provinsialläkaren A. Lundh, Nordmaling.

Önskvärdt vore, att dessa uttalanden, i synnerhet om de afvika från kungl. kommitténs åsikt, äro motiverade genom jämförelse mellan fördelningen af folktätheten i af kungl. kommittén föreslagna distrikt och annat eller andra som anses böra föreslås såsom mera lämpliga samt genom angifvande af olika stationers lämplighet på grund af mer eller mindre lätta och i och för besök hos läkaren tillgängliga kommunikationer.

Adolf Lundh. *Edv. Odén.* *Aug. Sundberg.*

Medlemmar af den s. k. granskningskommittén.

Periodisk litteratur.

Här meddelas de senaste tidskriftshäftenas innehåll med undantag af referat, boknyheter m. m.

Medicinsk Revue, n:o 8. *Birger Øverland:* Mennesketuberkulose — kvægtuberkulose. — *J. Sandberg:* Et tilfælde av cholecystenterostomi. — *M. Geirsvold:* Norges deltagelse i den internationale kræftforskning. — *L. Smit:* Ledtuberkulosernes behandling.

Hygiea, n:o 7. *K. G. Lennander:* Om smärtor i buken och särskildt om smärtor vid »ileus». — *Edvard Welander:* Till frågan om behandlingen af syfilis med injektioner af salicylsyre-kvicksilfver och merkuriololja. — *J. Åkerman:* Ett fall af opererad och läkt lefverabscess. — *Olof Lundblad:* Tre kejsarsnitt, jämte några ord om eklampsiens behandling.

Ugeskrift for Læger, n:o 32—35. *Valdemar Bie:* Om tidlig Diagnose af Tyfus ved Dyrkning af Tyfusbaciller fra Blod og Fæces. — *J. C. Gerner:* Skrofuløse Børns Ophold i Snogebæk i Aaret 1906. — *N. P. Ernst:* Om Radikaloperationer for Cancer uteri. — *S. Meyer:* Den almindelige danske Lægeforening 1857—1907. — *J. P. Chrom:* Tuberkuloseanmeldelserne.

Tidskrift for den norske lægeforening, n:o 14—15. *O. Backe:* En interessant strumaforekomst. — *C. J. Gundersen:* Træmark som parasit hos mennesket. — *P. K. Brettevillе-Jensen:* Et tilfælde af hæmorragiske variceller. — *E. Grundt:* Beretning om Lyster sanatorium for tuberkuløse for aaret 1906. — *Fredrik Grøn:* Et tilfælde af »ligfødsel» i Norge i 15:de aarhundrede.

Hvarjehanda notiser.

Svenska läkarsällskapet firade på tisdagen sin sedvanliga årshögtid. Sekreteraren, professor F. Lennmalm, meddelade årsberättelse för arbetsåret 1906—07. Skattmästaren, d:r E. Sederholm, lämnade en redogörelse för Svenska läkarsällskapets fonders ställning. Jubileumspriset för 1907 utdelades åt professor J. A. Hammar för hans afhandlingar Zur Histogenese und Involution der Thymusdrüse och Ueber Gewicht, Involution und Persistenz der Thymus in Postfoetalleben der Menschen. Prof. H. var närvarande och mottog själf priset. Alvarengapriset tilldelades prof. T. Thunberg för en afhandling Farmakodynamiska undersökningar öfver den elementära andningen. Anders Retzius-medaljen i guld tilldelades prof. G. Schwalbe i Strassburg. Afgående ordföranden, generaldirektör K. Linroth nedlade ordförandeskapet med ett föredrag: En önskvärd utveckling af vår medicinaladministration. Härefter öfverlämnade han med ett kort anförande ordförandeklubban åt tillträdande ordförande, prof. F. Lennmalm.

Efter aftonens sammanträde voro sällskapets ledamöter samlade till gemensam supé, då afgående ordföranden och sekreteraren, generaldir. Linroht och prof. Lennmalm, pristagaren prof. Hammar, hedersledamöterna prof. Arrhenius, d:r Warfvinge och d:r Zander samt sällskapets ämbetsmän hyllades.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar. att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n: [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes; [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
En underläk.-tj. v. Uppsala asyl[3]) (löneförmåner: 2,500 kr. — 3,000 kr. för lic. — jämte bostad och kost)	7 okt.
Stadsläk.-tj:n i Strömstad (lön: 1,250 kr, sökes hos magistraten)	7 okt.
En bat.-läk.-tj. v. Västgöta reg:te[1])	9 okt.
En bat.-läk.-tj. v. Värmlands reg:te[1])	9 okt.
Extra prov.-läk.-tj:n i Älfdalens distr. (tillträdes 1 nov. för tiden t. o. m. 1908); distr. omfattar Älfdalens socken af Kopparbergs län med 4,914 invånare 1 jan. 06; läkarstation, sjukstuga och apotek i kyrkbyn; löneförmåner: 3,000 kr. och fri bostad; ansökan inlämnas hos distr.-styr:n, adr. C. W. Söderström, Älfdalen)	10 okt.
Biträd. hosp.-läk.-tj:n i Växjö[3]) (tillträdes 1 jan. löneförmåner: 3,500 kr. — för kand. 2,500 kr. — jämte fri bostad och kost)	12 okt.
Underläk.-tj:n v. Växjö hosp:s kriminalafd.[3]) (tillträdes 1 jan.; löneförmåner: 3,000 kr. — för kand., 2,500 kr. — jämte fri bostad och kost)	12 okt.
Prov.-läk.-tj:n i Målilla distr.[1])	13 okt.
Extra prov.-läk.-tj:n i Malå distr.[2]) (ledigförklarad för tiden t. o. m. 1911; distr. omfattar Malå socken af Västernorrlands län med 2,680 invånare 1 jan. 05; löneförmåner: 3,000 kr. jämte 300 kr. i hyresbidrag)	13 okt.

Extra prov.-läk.-tj:n i Vilhelmina distr.[2]) (ledigförklarad för tiden t. o. m. 1911; distr. omfattar Vilhelmina socken i Västerbottens län med 7,024 invånare den 1 jan. 06; läk.-station och med.-förråd i Kyrkbyn; lön: 3,000 kr.) 21 okt.
Extra prov.-läk.-tj:n i Orusts västra härads distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod) 23 okt.
Fängelseläk.-befattn:n i Örebro (ansökan, ställd till fångvårdsstyr:n inl. hos kon:s befhde, Örebro) 23 okt.
En asylunderläk.-tj. i Lund[3]) (tillträdes 1 jan.; löneförmåner: 2,500 kr. — 3,000 kr. för lic. — jämte bostad och kost) 23 okt.
Las.-underläk.-tj:n i Jönköping[4]) (*ånyo* ledigförklarad, nu med ändrade lönevillkor: 2,000 kr., hvilket belopp efter ett års väl vitsordad tjänstgöring höjes till 2,500 kr., jämte bostad och kost eller 600 kr. i kostpenningar) 25 okt.
Extra prov.-läk.-tj:n i Valdemarsviks distr. (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod) 28 okt.
Tränne underläk.-tj:r v. Kristinehamns hosp.[5]) tillträdas 1 jan.; löneförmåner: 2,500 kr. — för lic. 3,000 kr. — jämte bostad och kost samt 200 kr. i kostförbättringspenningar) 30 okt.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Sotholm[1]) (pensionsafgift 200 kr.) 4 okt.
Apoteket i Mörtfors[1]) 6 okt.

Apoteksprivilegier tilldelade:

Innehafvaren af apot. i Storvik *E. R. Matérn-Lindewald* å apoteket i Eksjö.
Innehafvaren af apot. i Jämshög *P. M. Rönnmark* å apoteket i Hörby.
Exam. apotekaren *C. F. C. Elmstedt* å apoteket i Trosa.
Exam. apotekaren *M. L. Svenson* å apoteket i Mellerud.
Exam. apotekaren *P. G. Sundberg* å apoteket i Uddeholm.
Exam. apotekaren *C. Lundblad* å nya apoteket i Billingsfors.

Af Med.-styr:n upprättade förslag:

Till *las.-läk.-tj:n i Vänersborg:* B. O. L. Lundblad, E. T. Feltström.
Till *las.-läk.-tj:n i Luleå:* E. T. Feltström, H. A. C. Reuterskiöld.
Till *prov.-läk.-tj:n i Norrtälje:* A. W. Bergengren (förord), M. T. Ulander, K. V. Bergsten.
Till *prov.-läk.-tj:n i Åsele:* M. T. Wolf (förord), H. A. Melén, C. A. H. Lundgren.

Af Med.-styr:n utnämnda och förordnade:

Till ex. prov.-läk. i Bjärke härads distr. (fortfarande 1908—1912): lic. *Axel Hansson.*
Till karantänsläkare vid Fejan: lic. *J. F. Rohlin.*

Legitimerade:

Lic:rna *J. M. Billström, H. Fröderström, H. Kjerrulf* och *O. G. Sandberg* (samtliga efter examen vid Karol. institutet) samt *E. M. A. Klementsson* (vid Lunds universitet).

Sökande:

Till *ex. prov.-läk.-tj:n i Tranås distr.:* lic:rna E. G. Blomberg, A. V. Hamne, O. F. Nyquist, K. T. Sohlberg och P. A. Tonell.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *G. H. Allvin* t. f. prov.-läk. i Hjo distr. tillsvidare (t).
Lic. *L. Ericsson* t. f. 2:a stadsläk. i Lysekil 23 sept.—7 dec. (t).
Kand. *V. Wigert* t. f. bitr. läk. v. Stockholms hosp. 28 sept.—14 okt. (t).
Ex. prov.-läk. *S. Blom* t. f. stadsläk. i Eskilstuna 2 okt.—10 nov. (t).
Lic. *S. Holmblad* t. f. 2:e stadsläk. i Sundsvall 30 sept.—19 nov. (t)
Civ.-stip. *C. Runborg* t. f. prov.-läk. i Jämshögs distr. 29 sept.—28 okt. (t).
Lic. *H. Fröderström* t. f. bitr. läk. v. Stockholms hosp. 15 okt.—31 dec. (t).
Lic. *Ulrika Eriksson* t. f. amanuens v. Stockholms hosp. 28 sept.—31 dec.
Prov.-läk. *O. Bengtsson* t. f. läk. v. militärskolorna i Boden fr. 28 sept.

Öfversikt af sammandragen af epidemirapporter

för halfva månaden 16—31 aug. 1907.

	Städer.					Landsbygd.				
	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa
Stockholm	2	19	52	—	73	—	—	—	—	—
Stockholms län	—	—	—	—	—	5	11	9	—	25
Uppsala	1	—	—	—	1	—	9	14	—	23
Södermanlands	—	—	21	—	21	1	2	7	—	10
Östergötlands	—	—	9	—	9	2	4	7	—	13
Jönköpings	—	1	11	—	12	—	—	6	—	6
Kronobergs	—	—	—	—	—	1	20	—	—	21
Kalmar	2	—	5	—	7	5	—	6	—	11
Gotlands	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Blekinge	—	—	9	—	9	—	3	17	—	20
Kristianstads	—	—	12	—	12	1	1	11	—	13
Malmöhus	3	5	9	—	17	4	1	9	—	14
Hallands	1	—	1	—	2	2	3	6	—	11
Göteborg	2	23	7	—	32	—	—	—	—	—
Göteborgs o. Bohus	—	—	8	—	8	1	2	39	—	42
Älfsborgs	—	—	5	—	5	4	4	8	3	19
Skaraborgs	—	—	3	—	3	—	—	4	—	4
Värmlands	—	—	—	—	—	1	—	2	—	3
Örebro	—	1	—	—	1	1	5	3	—	9
Västmanlands	2	—	4	—	6	1	1	15	—	17
Kopparbergs	1	—	—	—	1	2	—	2	—	4
Gäfleborgs	1	3	—	—	4	1	10	5	—	16
Västernorrlands	2	2	8	—	12	—	1	10	7	18
Jämtlands	—	—	—	—	—	2	—	1	—	3
Västerbottens	—	—	5	—	5	—	—	5	—	5
Norrbottens	—	—	—	—	—	—	—	3	—	3
Summa	17	54	170	—	241	34	77	189	10	310

Summa sjukdomsfall i hela riket: nervfeber 51, skarlakansfeber 131, difteri 359, rödsot 10. — *Akut barnförlamning* 42 fall.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 11 oktober 1907.

4:e årg.	Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER.	N:o 41.

Innehåll: G. KJELLIN: Kungl. tuberkuloskommitténs betänkande och förslag. — JOHN KONOW: Om sjuktransport på statsbanorna. — Våra dödsbevis. — Periodisk litteratur. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser.

Kungl. tuberkuloskommitténs betänkande och förslag. I, Juli 1907.

Vid förslag hos Kungl. Maj:t om tillsättande af en kommitté för att verkställa utredning angående de åtgärder, som till hämmande af människotuberkulosens utbredning i riket lämpligen borde vidtagas, anfördes till statsrådsprotokollet såsom den blifvande kommitténs hufvuduppgifter dels att uppgöra plan till tuberkulossjukvårdens ordnande i riket, dels ock att verkställa erforderliga ekonomiska beräkningar för planens genomförande. Dessutom borde kommittén taga under öfvervägande, huruvida de lagbestämmelser rörande skyddsåtgärder mot tuberkulos, hvilka tillkommit i Norge och Danmark, lämpa sig för förhållandena här i landet, äfvensom huruvida föreskrifter böra meddelas angående undervisning i hygien, förbud för tuberkulösa personer att taga befattning med försäljning af matvaror m. m., vidtagande af nödiga försiktighetsmått i fabriker samt byggnadshygien.

Enligt beslut den 20 okt. 1905 uppdrog Kungl. Maj:t åt en kommitté, bestående af f. öfverståthållaren G. Tamm, prof. J. E. Johansson, förste provinssialläkaren G. Dovertie, ingeniör O. Nylander samt riksgäldsfullmäktige G. F. Östberg att verkställa denna utredning. Såsom särskild sakkunnig har prof. K. A. Petrén deltagit i kommitténs arbete. Sekreterare var fil. d:r K. A. Fryxell.

Resultatet af kommitténs arbete föreligger nu färdigt i en 1:sta del, omfattande:

1:o. Betänkande och förslag angående tuberkulossjukvårdens ordnande i riket.

2:o. Redogörelse för kommitténs undersökningar angående behofvet af vårdanstalter för lungsotspatienter i riket, utarbetad af professor J. E. Johansson.

3:o. Öfversikt öfver striden mot tuberkulos i Sverige och utlandet, författad af d:r G. Dovertie.

För lösande af sina hufvuduppgifter föranstaltade kommittén i början af år 1906 en enquête bland rikets samtliga läkare angående de sjukdomsfall, som under månaderna februari—april 1906 varit föremål för läkarnes behandling eller eljest under samma tid voro kända. Samtidigt föranstaltade kommittén om bearbetning med afseende på lungsot af de till statistiska centralbyrån från prästerskapet inkomna uppgifterna om dödsorsakerna i riket under år 1905. Dessa uppgifter ha af kommittén sammanförts och bearbetats och resultatet föreligger i den af professor Johansson utarbetade redogörelsen.

Enligt denna redogörelse, på hvilkens detaljer ej här närmare kan ingås, beräknas årliga antalet dödsfall i lungsot för hela landet till minst 10,000. Lungsotsdödligheten $^0/_{00}$ af befolkningen utgör 1,91 för hela riket; för landsbygden 1,77, för städerna 2,41.

Af landsbygden visa Norrbottens och Jämtlands län största dödligheten med resp. 2,84 och 2,62 $^0/_{00}$, under det Jönköpings och Östergötlands län ha den minsta med resp. 1,18 och 1,23 $^0/_{00}$. I allmänhet ha de norra och västra delarna af landet större tuberkulosdödlighet än de södra och östra. Lungsotsdödsfallen i % af samtliga dödsfall utgöra 11,4 % för landsbygden, 15 % för städerna och 12,2 % för hela riket.

Enquêten bland rikets läkare resulterade i svar från 1,215 motsvarande 92 % af samtliga tillfrågade, och antalet inrapporterade lungsotsfall uppgick till 14,538.

Behofvet af »vård å sanatorium» visar sig ungefär lika för städerna och landsbygden, under det fördelningen af fallen »vård i hemmet» och »vård å annan anstalt» visar, att svårigheten att sköta de sjuka i hemmet gör sig mera gällande i de större städerna än å landsbygden och i mindre städer (med under 30,000 inv.). »Vård å annan anstalt» anses behöflig i 32,6 % af samtliga anmälda fall. Mer än hälften af fallen ha förts till gruppen fattiga; inom gruppen »vård å annan anstalt» och »vård a sanatorium» utgöra de fattiga största pro-

centtalet, under det inom gruppen »vård i hemmet» de välbärgade och bärgade öfverväga.

Som ett mått å enquêtens intensitet begagnas förhållandet mellan antalet vid enquêten iakttagna sjukdomsfall och antalet dödsfall under år 1905. Detta tal växlar gifvetvis för olika undersökningsområden och är för städerna mera bestämdt men för landsbygden endast approximativt beräknadt; i medeltal beräknas detta förhållande till 3. Häraf drages den slutsatsen att genomsnittsutdräkten af ett lungsotsfall är 3 år, samt, då dödligheten pr år är minst 10,000, att antalet personer med konstaterad lungsot i Sverige uppgår till minst 30,000 motsvarande 5,7 pr 1,000 invånare.

Resultatet af enquêten visar vidare, att 77—78 % af fallen omfatta åldersgruppen 15—50 år, att å landsbygden lungsotsfrekvensen hos männen är afsevärdt lägre än hos kvinnorna, under det i städerna förhållandet är detsamma till åldern 30 år men därefter omvändt.

På grundval af den statistiska utredning, hvaraf ofvanstående utgör en kortfattad och ofullständig resumé, har kommittén utarbetat sitt betänkande. Häri framhålles såsom ett hufvudvillkor för framgångsrikt bekämpande af tuberkulosen, att ett mot behofvet svarande antal tuberkulosanstalter uppföras, dels för att kunna bibringa de sjuka nödig vård, dels för att ur hemmen borteliminera en af sjukdomens viktigaste smittokällor.

Då 32,6 % af samtliga anmälda fall ansetts vara i behof af »vård å annan anstalt» och af dessa patienter minst tre fjärdedelar räknats såsom medellösa, ha dessa senare sjuka beräknats ej kunna erhålla nödig vård utan bistånd från det allmännas sida.

De sjukvårdsanstalter, kommittén anser vara mest af behofvet påkallade äro tuberkulossjukstugor och tuberkulossjukhus eller tuberkulosafdelningar vid lasarett.

Tuberkulossjukstugor, småanstalter med 20—30 platser i större antal spridda här och hvar i landet, äro afsedda i främsta rummet för mera kroniska fall utan komplikationer, om hvilka man kan vänta längre eller kortare tids förbättring, samt äfven för tidigare fall, som af en eller annan anledning ej kunna erhålla vård å sanatorium eller sjukhus. Läkarevården skulle anförtros åt i trakten bosatt läkare med skyldighet för denna att besöka sjukstugan 2—3 gånger i veckan. Genom begränsningen af sängantalet vinnes största möjliga nedsättning i drift-

kostnaderna, och genom det relativt stora antalet sjukstugor spridda här och hvar i landet undgås centraliseringen af sjukvården å större anstalter med därmed följande svårighet för aflägset boende anhöriga att besöka de sjuka.

För mera framskridna sjukdomsfall och sådana fall med komplikationer, hvilka behöfva vård å sjukhus med speciella sjukvårdsmöjligheter, afses uppförande af tuberkulossjukhus antingen som själfständiga specialanstalter eller, där så låter sig göra, som afdelningar vid länslasarett.

I större städer samt i län, där lokala förhållanden tala mot uppförandet af flera småanstalter, skulle uppföras specialsjukhus afsedda att utom avancerade fall mottaga äfven tidigare sådana. Såsom lämpliga för sådana anstalter nämnas Malmöhus och Kristianstads län med sin täta befolkning och goda kommunikationer.

Inrättande af andra än ofvannämnda slag af vårdanstalter för tuberkulösa såsom sanatorier i trängre mening, sommarsanatorier, dispensärer och kustsanatorier, anser sig kommittén ej böra föreslå, dels emedan den velat begränsa sin plan till det mest oundgängliga, dels emedan den anser en del af detta slags vårdanstalter lättare kunna åstadkommas genom privat företagsamhet.

För att få en uppfattning af antalet behöfliga vårdplatser, har kommittén utgått från den ofvan angifna beräkningen, att 32.6 % d. v. s. omkr. $^1/_3$ af samtliga tuberkulosfall äro i behof af »vård å annan anstalt». Alltså äro c:a 10,000 eller lika många som antalet dödsfall pr år i behof af anstaltsvård, och med beräkning af ett halft års vårdtid pr patient skulle behofvet af vårdplatser vara c:a 5,000 eller lika med halfva antalet dödsfall. För de större städerna, där större procenttal fall än å landsbygden äro i behof af »vård å annan anstalt» samt af dessa 90 % äro medellösa, sätter kommittén behofvet af vårdplatser ungefär lika med antalet dödsfall pr år och kommer därigenom till det slutresultatet, att antalet behöfliga vårdplatser är 5,600. Häraf skulle enligt kommitténs beräkning 3,010 komma under kategorien sjukstugor och 2,590 under kategorien tuberkulossjukhus eller -afdelningar vid lasarett. För närvarande finnas eller kommer inom närmaste tiden att blifva tillgängliga c:a 1,000 platser hufvudsakligen tillhörande den andra kategorien vårdanstalter.

Vid beräknandet af anläggningskostnaderna för alla dessa nya vårdanstalter, har kommittén dels genom egna beräkningar, dels med stöd af den af Nationalföreningen år 1906 verkställda utredningen erhållit en medelanläggningskostnad af 2,000 kr. pr säng för tuberkulossjukstugor och 3,000 kr. pr

säng för tuberkulossjukhus och tuberkulosafdelningar vid lasarett. Medelanläggningskostnaden pr säng i fråga om hela det erforderliga antalet vårdplatser beräknas till 2,350 kr. Med antagande af 4,600 erforderliga nya vårdplatser skulle totalkostnaden belöpa sig till 10,810,000 kr., och under beräknande, att dessa vårdplatser anskaffas under en tidrymd af 10 år, skulle årliga totalanläggningskostnaden uppgå till 1,081,000 kr. Driftkostnaden pr patient och dag beräknas till 1 kr. 60 öre för sjukstuga, 1 kr. 75 öre för sjukhusen samt 2 kr. 10 öre för afdelningarna vid lasarett.

På grund af en utförlig motivering anser kommittén, att staten bör bidraga till kostnaderna för tuberkulossjukvården i riket, och denna statens hjälp anses lämpligast böra utgå i form af årligt bidrag till driftkostnaderna.

Storleken af detta statens bidrag beräknas i regel till 50 öre pr dag och vårdad patient, dock med den inskränkning, att det högsta bidrag, som kan lämnas, skall utgöra hälften af de kostnader, kommunen får vidkännas för sjukvården ifråga. Dessutom har gjorts ytterligare en inskränkning. Kommittén anser nämligen, att statens bidrag i förhållande till folkmängden bör vara likformigt för de olika såväl landstingsområdena som städerna, hvilka ej deltaga i landsting. Behofvet af sjukvårdsplatser för de största städerna är i medeltal 2.25 platser pr 1,000 innevånare men för öfriga delar af landet 0.90 pr 1,000 innevånare. Då alltså de största städerna, de ekonomiskt bärkraftigaste af landets kommuner, enligt beräkningen 50 öre pr patient och dag skulle erhålla ett i förhållande till folkmängden betydligt större bidrag än öfriga delar af landet, anser kommittén, att man bör beräkna statsbidraget för högst en vårdplats pr 1,000 innevånare, alltså efter 50 öre pr patient och dag ungefär lika med 180 kr. om året för hvarje 1,000-tal innevånare, hvilket belopp skulle vara det högsta bidrag staten får lämna.

Med bidrag af 50 öre pr patient och dag beräknas statens understöd under den föreslagna 10-årsperioden uppgå till 6,442,250 kr. och sedermera till 1,022,000 kr. årligen. Dessa kostnader komma dock genom den föreslagna begränsningen att rätt betydligt reduceras; så t. ex. skulle bidraget till Stockholms stad för år 1909 (700 platser) efter 50 öre pr patient och dag utgå med 126,750 kr., men efter beräkningen 180 kr. pr år för hvarje 1,000-tal innevånare belöpa sig endast till 58,320 kr.

Utom med det årliga bidraget till driftkostnaderna anser kommittén, att staten bör understödja kommunerna medelst beviljande af lån för anläggningskostnadernas bestridande. Dessa

lån föreslås lämpligen till 40-åriga amorteringslån löpande med $3^1/_2$ % ränta samt räntefria under högst 2 år efter lånets beviljande. Den ränteförlust, staten härigenom skulle lida, beräknas för hela anläggningskostnaden (10,810,000 kr.) till 567,525 kr.

För beviljande af statsunderstöd anses staten böra fasthålla vissa villkor: af Medicinalstyrelsen granskade och godkända ritningar till de olika vårdanstalterna; vissa föreslagna bestämmelser angående sjukrummens storlek och sängantal samt öfriga hygieniska anordningar för rationell tuberkulosvård; viss fixerad patientafgift (max. 1 kr.) samt en lungsotshygienens fordringar fullt motsvarande skötsel af anstalten. Kontrollen i sistnämnda hänseende anses åtminstone tills vidare kunna öfverlämnas åt 1:ste provinsial- och 1:ste statsläkare.

Den tredje afdelningen af kommitténs nu föreliggande skrift utgöres af en af d:r Dovertie utarbetad synnerligen omfattande och intressant historik öfver af staten, kommuner och enskilda vidtagna åtgärder i striden mot tuberkulos i Sverige, Finland, Norge, Danmark, Tyskland, Schweiz, Frankrike, Belgien, England och Förenta staterna. Som utrymmet här ej tillåter något närmare ingående på denna del, hänvisas de intresserade till originaluppsatsen. Detsamma gäller också beträffande detaljer i förslag, statistiska uppgifter m. m. i ofvan refererade delar af kommitténs nu föreliggande synnerligen innehållsrika och läsvärda betänkande.

G. Kjellin.

Om sjuktransport på statsbanorna.

Af

John Konow.

Hvilken olika uppfattning en läkare i stad och en läkare å landsort hafva om sjuktransport framgår i mycket af nedanstående.

I n:r 32 af Läkartidningen för i år säger en läkare, bosatt i Stockholm, att jag enligt uppsats i Lärkartidningen n:r 25 af samma årgång alldeles missuppfattat afsikten med de nya sjuktransportvagnarnas tillkomst på statsbanorna, hvarför han äfven framlägger ett s. k. beriktigande i förstnämnda tidning. »Ifrågavarande vagnar äro», heter det nämligen, »i främsta rummet afsedda att användas dels vid inträffade järnvägsolyckor och dels vid inom landet inträffade olyckor af annan art».

Då må framhållas, att det af nämnda artikelförfattare förfäktade systemet med *stationerade* sjukvagnar är mycket olämpligt, just när det gäller olyckor, där personer blifvit skadade. Under sådana hemska förhållanden väntar man ej kanske ett dygn eller mer vid en järnvägsstation, innan en rekvirerad sjukvagn hinner anlända. Om ifrågavarande skadade person eller personer till på köpet dessförinnan måst färdas flera mil efter häst för att nå närmaste järnvägsstation, blir ju tidsförlusten minst sagdt betänklig. Naturligtvis anlitas med största ifver första tåg och hvilken järnvägsvagn som helst, blott de stackars skadade människorna hastigt komma i väg till närmaste lasarett för att *med det snaraste* få nödig vård. Sådan ungefär blir gången vid en olyckshändelse af en eller annan art, då järnväg skall användas för patienter med svåra kroppsskador.

Den tröga apparaten med stationerade sjukvagnar kommer här ej till någon användning, för så vidt ej genom en lycklig slump det första väntade tåget ännu ej passerat den åsyftade järnvägsstationen med den där placerade sjukvagnen. Då kan man ju med fördel per telefon eller telegraf rekvirera denna vagn. Men huru sällan något sådant inträffar, förstår hvar och en, då endast åtta sjukvagnar på fruktansvärdt stora afstånd från hvarandra äro stationerade på vårt vidlyftiga järnvägsnät, och då stora delar af detta nät trafikeras af endast få tåg om dygnet, särskildt vintertid.

Anförda författare säger: »ifrågavarande vagnar äro i främsta rummet afsedda att användas dels vid inträffade järnvägsolyckor och dels vid inom landet inträffade olyckor af annan art». Med stöd af hvad framlagts, må den åsikten uttalas, att dessa *stationerade* sjukvagnar mycket illa fylla den uppgift, hvartill de i främsta rummet äro ämnade, och förvånansvärdt är det därför ej, att missuppfattning från min sida ägt rum beträffande det där hufvudsyftet med berörda vagnar. Värdet i författarens s. k. beriktigande är lätt att inse. — Så finnes en annan kategori patienter, som ur sjuktransport-synpunkt är jämställd med den afhandlade gruppen med kroppsskador, nämligen appendiciter m. fl., en afdelning, som ju blifvit rätt stor under de sista decennierna och nog ytterligare kommer att ökas genom kirurgiens framsteg. Här säger samma författare, att för sådana sjukdomsfall, som erfordra en så skyndsam operativ behandling på lasarett, att tid ej finnes att invänta en sjukvagn, kan lämpligen plats beredas på soffan i en II-klass kupé i en vanlig boggievagn. Sålunda lämnar nämnde författare själf ett vackert erkännande åt svagheten i sitt eget system med stationerade sjukvagnar, hvilka

äfven här ej lämpligen komma till användning. Just när behofvet vid sjuktransport synes störst, klickar detta allt annat än praktiska system mest, och man kan här sannerligen ej säga: när faran är störst är hjälpen närmast!

Härmed hafva med hänsyn till transport å järnvägar afhandlats två grupper patienter — dels svårt skadade och dels svårt sjuka, som äro i behof af *snar* behandling på lasarett — hvilka patienter ej med fördel kunna betjäna sig af de stationerade sjukvagnarna.

För dessa olyckliga, man kan tycka hårdast drabbade, skulle ju sjukkupéer, anordnade å de dagliga snälltågen, vara till stor välsignelse; sjukkupéer, utrustade med de bekvämligheter och utensilier, som de moderna sjukvagnarna erbjuda. Lämpligen borde dessa eventuella kupéer på statens snälltåg stå under tillsyn af järnvägsläkarna. Att, såsom föreslås, stufva in lemlästade människor och svårt sjuka, kvidande personer i vanliga II-klass kupéer med brist på alla sjukvårdsanordningar är ingalunda på sin plats och dessutom långt ifrån behagligt hvarken för patienter eller medpassagerare.

Sjukkupéer å de dagliga tågen skulle likaledes vara till stor nytta vid transport af sinnessjuka personer och alkoholister, särskildt vid våldsamma utbrott af sinnessjukdom och vid delirium tremens, då tid ej finnes att invänta ankomsten af en sjukvagn. När lagen om alkoholisters internering skall tillämpas, väntas en ej ringa trafik af sådana olyckliga vid deras färd på järnvägar till särskildt för dem inrättade hem.

Slutligen torde en väl afgränsad kupé å midtelpartiet af en boggievagn och reserverad för patienter — en sjukkupé å snälltågen — vara berättigad äfven af andra orsaker. Oftare än mången tror, färdas på våra järnvägar personer med smittosamma sjukdomar, såsom difteri, skarlakansfeber och nervfeber, och det midt ibland de friska medpassagerarna, utan att några försiktighetsåtgärder vidtagas. Regel synes vara, att en särskild järnvägsvagn ej rekvireras för sådana sjuka. I staden Lund hafva stadsfullmäktige nyligen godkänt ett förslag till åstadkommande af ett länsepidemisjukhus därstädes, och om äfven i andra län plats skall beredas för landsbygdens epidemiskt sjuka å de större städernas epidemisjukhus, (är detta lämpligt?) kan man föreställa sig trafiken på järnvägarna.

Genom spottkoppars införande i järnvägsvagnarna är ett stort steg taget till det bättre, men något borde äfven göras för att förhindra den stora faran i trafiken med epidemiska sjukdomsfall på järnvägarna, hvilken trafik framdeles, som antydt, antagligen blir afsevärd. Lätt tillgängliga sjukkupéer och stränga föreskrifter vid transport af personer med dylika sjuk-

domar skulle betydligt minska nämnda fara, och ytterligare en bom vore satt mot spridningen af smittosamma sjukdomar. Sjukkupéen bör vara så inrättad, att den utan svårighet kan rengöras och desinfekteras.

Främst för ofvan anförda olika grupper patienter borde sjukkupéer inrättas å de dagliga snälltågen på statens banor. Men att äfven andra patienter med fördel skulle betjäna sig af dessa kupéer faller af sig själft. Anordnandet af sådana kupéer skulle tydligen fylla ett verkligt behof. Fruktan för deras ringa användning jämte förlust för statens järnvägar är öfverflödig; redan bruket af de nya sjukvagnarna tyder ju härpå. Anläggningskostnaderna för sjukkupéer borde relativt taget ej ställa sig högre för statsbanorna än för Uppsala—Gäfle järnväg, där, som bekant, dylika kupéer å de dagliga snälltågen till stor belåtenhet finnas inrättade. I alla händelser bör statsbanedriften ej i främsta rummet betraktas som affär. För länge sedan anskaffade nyssnämnda privatbana s. k. restaurantvagnar; våra statsbanor följde efter. Måtte det nu snart gå på samma sätt med sjukkupéerna!

I sitt till mig ställda »beriktigande» säger författaren vid tal om Stilles bår: »med fog kan ifrågasättas, om det tillhör statens järnvägars uppgift att i tillräckligt antal, d. v. s. på snart sagdt hvarje station, tillhandahålla en sådan bår.» På denna fråga må svaras, att något sådant spörsmål absolut ej framställts från min sida. Men då nu kapitlet om bårar vid järnvägstransporter blifvit framdraget, är det ej ur vägen att några ord nämnas härom.

Ej sällan får man se en svårt sjuk person t. ex. med bukhinneinflammation forslas till lasarett. Han föres i säng eller på anskaffad bår ned till en järnvägsstation. Där befinnes det att man ej kan komma in i någon personvagn med nämnda fortskaffningsmedel. Dörröppningarna å dessa vagnar äro nämligen så trånga, att tillträde till dem ej medgifves för båren eller sängen ifråga, hvarpå patienten hvilar. Man kan ju flytta den sjuke från detta hans hviloläger och så bära in honom t. ex. i en II-klass vagn. Men för att bespara honom svåra plågor vid en sådan besvärlig »omlastning» vill man ej göra detta. En s. k. finka med vid dörröppning beställes därför; båren med den sjuke föres nu med lätthet in i den nyanskaffade vagnen, och så bär det i väg med tåget till närmaste lasarett. På så sätt fick en patient med blindtarmsinflammation uppe i Norrland, för att taga ett annat exempel, färdas nära 7 mil vintertid i en iskall, svårt skakande och skramlande vagn af sistnämnda typ för att komma till lasarett.

Dessa svårigheter framhöllos i tidningspressen, och frågan

om en underlättad transport af svårt sjuka och skadade på statens banor bragtes därefter på tal i riksdagen 1905 af kontraktsprosten K. L. Johansson.

I september 1905 beställdes för Sköfde station på förslag af regements- och järnvägsläkaren G. Ekelund en sjukbår. Denna är alldeles lik arméns fältbår, endast med den skillnaden, att den är obetydligt smalare, så att den lastad kan införas genom gafveldörren till en boggievagn och ställas i dess korridor. Dit kom doktor Ekelund med sin bår.

Redan följande månad demonstrerade instrumentmakar M. Stille i Svenska läkarsällskapet en sjukbår för järnvägstransporter, med hvilken bår tillträde kan vinnas till en II-klass kupé i en boggievagn.

Sådan är i korthet utvecklingen af ett ingalunda oviktigt transportmedel för patienter vid resor på järnvägar, och då i många fall tid ej finnes att invänta ankomsten af en rekvirerad sjukvagn, synes ju i brist på sjukkupéer Stilles bår lämpligen komma till användning. På en sådan bår utan att rubbas därifrån transporteras patienten från sitt hem ända fram till lasarettet ifråga, järnvägsresan i en II-klass kupé i en boggievagn därvid inbegripen. Äfven vid öfverflyttning till ett nytt tåg, såsom från en hufvudlinie till en grenbana, sker en sådan omplacering af patienten från en vagn till en annan utan någon egentlig svårighet, då den sjuke kvarligger på samma bår. Om däremot s. k. genomgående vagn finnes, såsom från Stockholm öfver Ånge till Sundsvall, ligger patienten naturligtvis kvar i denna vagn vid sin färd förbi Ånge till Sundsvalls lasarett.

En del af statens järnvägars hufvudlinier berör endast ett fåtal orter med lasarett. Omflyttningar af de sjuka till andra vagnar å grenbanor måste sålunda komma ifråga i de fall genomgående vagnar saknas. Patienten måste på en järnvägsstation bäras ett kort stycke från en järnvägsvagn till en annan. Detta anses från visst håll orimligt, på samma gång systemet med sjukkupéer klandras. Om emellertid de eventuella sjukkupéerna på berörda hufvudlinier möbleras med bårar enligt Stille, blir tydligen en sådan omflyttning ej svår. Patienten behöfver ju härvid ej rubbas från sitt hviloläger; med Stilles bår bäres han nämligen bekvämt från en sjukkupé till en II-klass kupé i en nära intill å samma järnvägsstation stående boggievagn, tillhörande en grenbana, som för till ett lasarett. Om äfven grenbanor till lasarettsstäder hafva sjukkupéer, blifva Stilles bårar ej nödvändiga. Då har man frihet att begagna någon annan bårkonstruktion, om så önskas.

Andra af statens järnvägars hufvudlinier beröra just städer

med lasarett, främst linierna mellan Malmö och Strömstad, som passera icke mindre än nio lasarettsstäder. Kan man tänka sig lämpligare järnvägslinier för inrättande af sjukkupéer å snälltågen?

Till sist några ord särskildt om den rullande järnvägsmaterialen, afsedd för sjukvård. Sjukvagnar, d. v. s. sådana järnvägsvagnar, som i sin helhet äro inrättade för patienter, böra komma i fråga egentligen endast under extrema omständigheter, då förflyttningar i större antal af sjuka eller skadade personer äga rum. Vid krig eller krigsöfningar förekomma till och med hela s. k. sjukhuståg, sammansatta, som de äro, af flera sjukvagnar. Det första fullständigt ordnade svenska militära sjukhuståget utrustades i augusti 1905.

Till Drottning Sofias förening donerade konsul och fru Oskar Ekman i oktober 1905 tio tusen kronor till anskaffande af en sjuktransportvagn. Vagnen i fråga lär vara stationerad i Helsingborg. — Äfven för förflyttningar i större antal af sinnessjuka har en järnvägsvagn blifvit konstruerad. I mars 1904, då öfverflyttning af patienter förestod till Vänersborgs under byggnad varande hospital och asyl, hemställde medicinalstyrelsen hos järnvägsstyrelsen om en ny vagn, lämplig för sinnessjukas förflyttning från ett hospital till ett annat. —

Opraktiskt är det att äfven under normala förhållanden, då endast enstaka förflyttningar af patienter äga rum, använda sjukvagnar. Emellertid blifva åtta sådana vagnar placerade på olika stationer å statsbanorna, hvilka vagnar skola användas till dagligt bruk. Det otympliga i en sådan anordning är påtagligt. En hel järnvägsvagn (låt vara, att denna ej är en boggie-) skall rekvireras för endast en eller kanske ett par patienter; likaledes desinfektion af hela järnvägsvagnar efter endast enstaka smittosamma sjukdomsfall. Hvad beträffar lugn och stadig gång kunna de nya, korta sjukvagnarna trots förbättringar ej uthärda jämförelse med boggievagnar, i hvilka sjukkupéer äro inrättade, såsom på Uppsala—Gefle järnväg. Därjämte få de, dessa korta sjukvagnar, ej insättas midt i tåget, där de skulle pressas af de tunga boggievagnarna, utan skola de sättas sist, hvarigenom de slänga högst betydligt ingalunda till fördel för ömtåliga patienter. —

Då de nya sjukvagnarna äro stationerade, och det till på köpet på mycket stora afstånd från hvarandra, måste man hafva särdeles godt om tid att rekvirera och invänta deras ankomst. Att detta i många fall ej går för sig är visadt. I Norrland med dess vidsträckta areal finnes endast 2 sjukvagnar stationerade; afståndet dem emellan (mellan Boden och Bräcke) är något öfver 62 mil, ett ofantligt afstånd sålunda.

I Götaland med dess 3 stationerade sjukvagnar äro äfven afstånden dem emellan betydliga: mellan vagnarna i Göteborg och Malmö 30 mil samt mellan vagnarna i Nässjö och Malmö nära 27 mil. I Svealand stå 3 sjukvagnar jämförelsevis nära hvarandra.

De företräden, inrättandet af sjukkupéer å de dagliga snälltågen har framför systemet med stationerade sjukvagnar, framgå af det sagda, och då frågan om ordnande af sjuktransporten å statens järnvägar sist var före i järnvägsstyrelsen, hade den bort vara föremål för en mera allsidig utredning. Vid diskussion om en underlättad transport af sjuka och skadade på statsbanorna bör uppmärksamheten riktas mera på ett effektivt system än på ett billigt.

Våra dödsbevis.

Frågan om våra dödsbevis och om läkares skyldighet att afgifva sådana har blifvit aktuell genom de falsarier, som nyligen bedrifvits med dylika attester, och har redan af doktor Lagerman upptagits till diskussion i n:o 34 af denna tidskrift.

I K. Kung. af den 4 nov. 1859 föreskrifves, »att hvarje praktiserande läkare skall, när någon aflidit, som han i dess sista sjukdom vårdat, ofördröjligen och kostnadsfritt meddela intyg öfver dödsorsaken.» Här är det sålunda bestämmande af dödsorsaken, som begäres af läkaren. Af dödsbevisets formulering tyckes det emellertid som om hufvudsaken vore att intyga, att patienten verkligen aflidit tiden för dödsfallet, den dödes namn etc. Det synes mig af denna formulering klart framgå, att det är läkarens skyldighet att konstatera dödsfallet, innan han lämnar ifrån sig beviset.

Men hur skall man förfara på landsbygden, då de anhöriga komma och begära dödsbevis, som läkaren enligt ofvannämnda kung. är skyldig att lämna? Svaret på denna fråga bör utan tvifvel lyda så. att läkaren i detta liksom i alla andra fall synbarligen ej kan vara skyldig intyga något annat, än hvad han själf vet och således kan och bör vägra afgifva dödsbevis, om han, såsom vanligen är fallet, ej sett patienten efter döden, för så vidt han ej vill tillägga ett »enligt uppgift» framför »afled». Insistera de anhöriga på ett formenligt bevis, måste de sålunda på egen bekostnad hämta ut läkaren till den döde eller medföra liket till honom, hvilket ju ofta kan ske med barn.

Nu är det emellertid så, att på landsbygden, om man frånser municipalsamhällena, dödsbevis sällan begäras i andra fall än då den döde haft lifförsäkring, och är detta onekligen en stor brist. Sverige har en tid med rätta varit berömdt för sin statistik, nu stå vi däremot, särskildt i afseende på dödsstatistik, efter en hel mängd andra länder. Det är ej blott emedan denna är en viktig gradmätare på våra framsteg i sanitärt hänseende, som detta förhållande är att beklaga, utan äfven af rent praktiska skäl. Enligt lagen af den 13 maj 1904 skall läkaren hos hälsovårds- eller kommunalnämnd anmäla hvarje dödsfall af lungsot i hans praktik. Läkaren får dock mycket sällan reda på, när en person på landsbygden aflidit, om han ej händelsevis får se det i tidningen. Denna anmälningsplikt har därför här mycket

liten betydelse. Äfven i epidemitider vore det af vikt att få reda på dödsfallen.

Väsentligt bättre är det då ställdt i Norge, där dödsorsaken konstateras af läkare vid ej mindre än 85 % af dödsfallen i hela riket. Här tyckes det sedan 1881 vara så ställdt, att de anhöriga lämna uppgifter om dödsfallen, hvarvid den behandlande läkaren skall intyga dödsorsaken.

I Danmark verkställde läkare redan 1895 liksyn i 25 % af dödsfallen på landsbygden; eljest sker denna genom liksynsmän eller mera sällan genom barnmorskor. 1904 föreslog Sundhetskollegium såvidt möjligt allmän obligatorisk liksyn, verkställd af läkare, men detta förslag vann icke regeringens gillande. Nu har läkaren skyldighet verkställa liksyn blott inom 1/4 mil från sin bostad.

I Finland skall prästerskapet lämna uppgifter till provinsialläkarna om dödsfall i akuta infektionssjukdomar och lungsot. Dessa uppgifter erhållas på samma sätt som hos oss. En kommitté föreslog 1904, att prästen bör före begrafningen fordra dödsattest i de kommuner, där läkare är bosatt.

Här i landet synes mig dödsbevis böra af prästerskapet begäras först och främst i de talrika municipalsamhällen, där läkare är bosatt. Här torde det ytterst sällan hända, att en person aflider utan att ha blifvit behandlad af läkare, och dessa samhällen äro i mångt och mycket likställda med städerna; dödsbevis lämnas för öfrigt redan i ett stort antal fall.

På den öfriga landsbygden torde man ännu knappast böra gå så långt. Man kunde här ha flera andra vägar att välja. Att såsom i Danmark fordra obligatorisk liksyn af läkare för alla, som aflidit inom 1/4 mil från läkarens bostad, synes mig mindre lämpligt, dels emedan det skulle bli en föga effektiv lösning af frågan, dels emedan det ändå skulle medföra ej obetydligt arbete och kostnader för läkaren eller för den sjukes anhöriga. Ett annat sätt vore att vederbörande pastorsämbete toge reda på hvem som behandlat den sjuke och sedan af denne per telefon eller enligt tryckta blanketter begärde dödsbevis. Utom att detta skulle medföra något extra arbete för pastor, förefaller det dock mindre lämpligt än att de anhöriga förpliktigas att i de fall, da den döde behandlats af läkare, vända sig direkt till denne för att erhålla dödsbevis. I sådant fall kan nämligen denne i många fall förhöra sig, om möjligen något nytt moment tillkommit, som kunnat förorsaka döden.

Tiden för fastställande af en lag i denna riktning synes mig nu vara kommen, då afstånden till läkare sällan äro stora och då allmänheten söker läkare betydligt mer än förr. Det skulle kunna tyckas, att denna åtgärd skulle i öfre Norrland med dess stora afstånd förorsaka allmänheten stora svårigheter. Detta torde emellertid endast sällan vara fallet. I Norr- och Västerbotten finnas nämligen läkare bosatta i kyrkbyarne i nästan alla socknar, och det är ju vanligen här begrafningen skall ske.

Emellertid böra för den egentliga landsbygden dödsbevisen stiliseras på annat sätt, så att läkaren icke intygar själfva dödsfallet utan endast konstaterar den sannolika dödsorsaken. I dödböckerna borde naturligtvis antecknas de fall, där läkare afgifvit dödsbevis. Utdrag ur dödböckerna borde insändas till provinsialläkarne, hvilka sedan eventuellt kunde sända dessa vidare till Statistiska centralbyrån. En ganska användbar, af läkare sammanställd dödsstatistik kunde på detta sätt erhållas.

Jönköping den 2 sept. 1907.

G. H. Dovertie.

— —

Periodisk litteratur.

Här meddelas de senaste tidskriftshäftenas innehåll med undantag af referat, boknyheter m. m

Hospitalstidende, n:o 26—33. *Erik E. Faber:* Adiposalgi. — *Vilh. Jensen:* Om Geotropisme hos Bacillus antracis. — *August Krogh:* Om Kvælning ved Iltmangel. — *Thorkild Rovsing:* Total exstirpation af Urinblæren med dobbeltsidig lumbal Ureterostomi. — *J. C. Johansen:* To Massageapparater. — *V. Ellermann:* Om Forekomsten af meget smaa, bevægelige Mikroorganismer i menneskeligt Spyt. — *Olaf Thomsen:* Den moderne Syfilisforskning. I. Den specifike Aarsag. II. Den diagnostiske Serumundersøgelse. — III. Overføring paa Dyr. — *C. Tychsen:* Den prognostiske Betydning af Retinitis albuminurica. — *Hother Scharling:* Et Tilfælde af Porencephali. — *Holger Mygind:* Indikationerne for Opmejsling af Processus mastoideus efter Schwartzes Metode ved akut Mellemøresuppuration. — *Adolph H. Meyer:* Et Tilfælde af Situs inversus viscerum hos en 3-aarig Pige.

Norsk Mag. for Lægevidenskaben, n:o 9. *Peter F. Holst:* Om Stokes-Adams' sygdom og »Heartblock» hos mennesket. — *Vilhelm Magnus:* Transplantation af ovarier med særligt hensyn til afkommet. — *Aagot Holmen:* Et Tilfælde af saakaldet »Purpura abdominalis» med udgang i helbredelse. — *K. Thiis:* Sahli's Desmoidreaktion. — *G. Graarud:* Uterus didelphys, vagina septa.

Hospitalstidende, n:o 34—37. *Poul Kuhn Faber:* Om Röntgenbehandling af Struma, Morbus Basedowi og Neuralgier. — *Knud Schroeder:* Moderne Tyfusforskning. — *Hans Chr. Ringsted:* Et Tilfælde af recidiverende Svangerskabsgulsot. — *R. Fogh:* Om Paavisning af Spirochæte pallida i Snit.

Tidskrift for den norske Lægeforening, n:o 16—17. *E. Grund:* Beretning om Lyster sanatorium for tuberkuløse for aaret 1906. — *Didr. Dahl:* Et bidrag til »behandlingen» af erysipelas. — *H. Scharffenberg:* Det civile lægevæsens omordning i landdistrikterne og de mindre byer.

Nordiskt Medicinskt Arkiv. Afd. I. N:o 1. *N. V. Åkerblom:* Eine Methode zum Sterilisiren von Catgut (und Seide) durch Erwärmung in Öl. — *G. Henricius:* Über die radikale abdominale Totalexstirpation des karzinomatösen Uterus. — *Einar Key:* Den kirurgiska behandlingen af ulcus ventriculi. — *John Berg:* Über die Behandlung der Ectopia vesicæ.

Nordiskt Medicinskt Arkiv. Afd. II. N:o 1. *Camillo Golgi:* La doctrine de neurone. Théorie et faits. — *Santiago Ramón y Cajal:* Structure et connexions des neurones. — *F. W. Warfwinge:* Über Chlorose als eine spezifische Krankheit und über Eisen als spezifisches Heilmittel gegen dieselbe.

Nordiskt Medicinskt Arkiv. Afd. I. Häft. 2. *Einar Key:* Bidrag till den kirurgiska behandlingen af ulcus ventriculi. — *Gunnar Nyström:* Studier öfver resultaten af behandlingen för appendicit vid Akad. sjukhuset i Uppsala. I. Opererade fall af appendicit utan varig peritonit. — Sjukhistorier och anteckningar om hälsotillstånd efter sjukhusvistelsen till fall af appendicit utan varig peritonit opererade å Akad. sjukhuset i Uppsala under åren 1891—1905.

Medicinsk Revue, n:o 9. *P. C. Kreyberg:* Søfolks validitet. — *K. Grøn:* Ekzemdød.

Hvarjehanda notiser.

Jubileumsfondens sanatorier. Vid början af innev. okt. månad var antalet patienter, som väntade på ledig plats vid sanatorierna, följande

	Män			Kvinnor		
	Hålahult	Österåsen	Hessleby	Hålahult	Österåsen	Hessleby
Plats i helenskildt rum à 3,50 pr dygn	—	1	3	3	1	6
» i halfenskildt » » 2,50 » »	—	7	20	10	3	27
» i allmänt » » 1,25 » »	62	48	50	35	20	49
» i » » » 0.50 » »	53	54	58	55	14	50

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar. att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n: [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Biträd. hosp.-läk.-tj:n i Växjö[3]) (tillträdes 1 jan. löneförmåner: 3,500 kr. — för kand. 2,500 kr. — jämte fri bostad och kost)	12 okt.
Underläk.-tj:n v. Växjö hosp:s kriminalafd.[3]) (tillträdes 1 jan.; löneförmåner: 3,000 kr. — för kand., 2,500 kr. — jämte fri bostad och kost)	12 okt.
Prov.-läk.-tj:n i Målilla distr.[1])	13 okt.
Extra prov.-läk.-tj:n i Malå distr.[2]) (ledigförklarad för tiden t. o. m. 1911; distr. omfattar Malå socken af Västernorrlands län med 2,680 invånare 1 jan. 05; löneförmåner: 3,000 kr. jämte 300 kr. i hyresbidrag)	13 okt.
Extra prov.-läk.-tj:n i Vilhelmina distr.[2]) (ledigförklarad för tiden t. o. m. 1911; distr. omfattar Vilhelmina socken i Västerbottens län med 7,024 invånare den 1 jan. 06; läk.-station och med.-förråd i Kyrkbyn; lön: 3,000 kr.)	21 okt.
Extra prov.-läk.-tj:n i Orusts västra härads distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	23 okt.
Fängelseläk.-befattn:n i Örebro (ansökan, ställd till fångvårdsstyr:n inl. hos kon:s befhde, Örebro)	23 okt.
En asylunderläk.-tj. i Lund[3]) (tillträdes 1 jan.; löneförmåner: 2,500 kr. — 3,000 kr. för lic. — jämte bostad och kost)	23 okt.
Las.-underläk.-tj:n i Jönköping[3]) (*ånyo* ledigförklarad, nu med ändrade lönevillkor: 2,000 kr., hvilket belopp efter ett års väl vitsordad tjänstgöring höjes till 2,500 kr., jämte bostad och kost eller 600 kr. i kostpenningar)	25 okt.

Extra prov.-läk.-tj:n i Valdemarsviks distr. (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod) 28 okt.
Tränne underläk.-tj:r v. Kristinehamns hosp.[3]) tillträdas 1 jan.; löneförmåner: 2,500 kr. — för lic. 3,000 kr. — jämte bostad och kost samt 200 kr. i kostförbättringspenningar) 30 okt.
Två bataljonsläkartjänster vid Norrlands trängkår[1]) 1 nov.
Två bataljonsläkaretjänster vid Östgöta trängkår[1]) 1 nov.
En bataljonsläkartjänst vid Västmanlands trängkår[1]) 1 nov.
En bataljonsläkartjänst vid Göta trängkår[1]) 1 nov.

Af Med.-styr:n utnämnda och förordnade:

Till ex. prov.-läk. i Los distr. (fortfarande 1908—1912): lic. *E. A. Fries.*

Af Med-styr:n upprättade förslag:

Till *en marinläk.-tj. af 2:a graden:* L. M. Möller.
Till *en marinläk.-tj. af 1:a graden:* J. A. Pihl (förord); J. Lagerholm, J. K. Linder.

Legitimerade:

Lic:rna *M. Billström, H. Kjerrulf, O. G. Sandberg, H. A. Fröderström.*

Sökande:

Till *ettdera af statens två resestipendier för civila läkare:* hospitalsläkarna Gustafsson, Lundberg och Freidenfelt samt docenten Key.
Till *det mindre af statens två resestipendier för civila läkare:* docenten G. Forssner.
Till *en marinläk.-tj. af 2:a graden:* marinläk.-stip. L. M. Möller.
Till *en marinläk.-tj. af 1:a graden:* marinläk:ne af 2:a graden: J. A. Pihl, J. Lagerholm, J. K. Linder och J. E. Arfwedson.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

2:a stadsläk. *L. Wahlquist* t. f. 1:e stadsläk. i Sala 11 okt.—21 dec. (t.
Lic. *S. Jungmarker* t. f. prov.-läk. i Falköpings distr. 11—25 okt. (s.
Civ.-stip. *T. H. Petersén* t. f. prov.-läk. i Uddevalla distr. 2—9 okt. (s.
Lic. *E. Elmqvist* t. f. 2:e stadsläk. i Borås 30 sept.—21 dec. (t).
Kand. *J. F. Johansson* t. f. stadsläk. i Ulricehamn 1—20 okt. (t).
Lic. *Hj. Svensson* t. f. ex. prov.-läk. i Tidaholms distr. 4—18 okt. (t.
Lic. *N. A. Wange* t. f. ex. prov.-läk. i Tjörns distr. 30 sept. (v).
Kand. *S. J. Wahlgren* t. f. stadsläk. i Vimmerby 1—10 okt. (t).
Lic. *J. Ekman* t. f. ex. prov.-läk. i Skurups distr. 15 okt.—8 nov. (t.
Kand. *O. Lundberg* ex. läk. i Båstads distr. 2 okt.—10 nov. (t).
Bitr. barnmorskelär. *L. Lindqvist* t. f. barnmorskelär. i Göteborg 9 okt. —7 nov. (s).
Kand. *A. A:son Arnold* t. f. asylläk. vid Lunds asyl 30 sept.—9 okt. (s).
Kand. *A. Norberg* t. f bitr. läk. vid Lunds hospital 16 okt. —15 dec. (s. o. t.)
Stadsläk. *F. Ödqvist* t. f. ex. prov.-läk. i Lindesbergs distr. 10—30 okt. (t).
Lic. *W. Annell* t. f. ex. prov.-läk. i Stegeborgs distr.
Lic. *F. Hæffner* t. f. prov.-läk. i Målilla distr. (v).

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 18 oktober 1907.

4:e årg.	Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER.	N:o 42.

Innehåll: N. V. ÅKERBLOM: Ett fall af tidig operation för klufven gom med efterföljande harläppsoperation. — FR. VICT. ASKLIN: Om militärläkarebanan. — ARNOLD JOSEFSON: Till förebyggande af olyckshändelser. — P. BERGMAN: Några ord med anledning af ett fall af santoninförgiftning. — Förslaget till ändring af läkaretaxan. — Periodisk litteratur. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser. — Epidemiöfversikt.

Ett fall af tidig operation för klufven gom med efterföljande harläppsoperation.

Föredrag (med demonstration) i Gottlands läkareförening d. 6 april.

Af

N. V. Åkerblom.

Den patient, som företetts i afton, har jag velat visa för att framhålla ett förfaringssätt, som afviker från det hos oss vanliga i fråga om den föreliggande missbildningens operativa behandling. Den vanliga ordningen mellan de två operationer, läppsömmen och gomsömmen, som nyttjas för gomläppspringans slutande, är ju att den förre föregår— mestadels flere år — den senare. I detta fall har ordningen dem emellan varit omvänd. Mer påfallande än detta torde vara att på ett så litet barn se gomspringan redan sluten genom operation. Barnet, som visserligen är 8 månader gammalt, väger nu blott 5 $^1/_2$ kg. Gomsömmen gjordes i slutet af december, läppsömmen, på grund af mellankommande sjukdom, först för ett par veckor sedan.

Den allmänt som lämpligast antagna tiden för uranoplastik är 4:de—7:de året, i det den af enskilde operatörer (särskildt af J. Wolff) förfäktade tidigare operationen ej vunnit burskap. Detta har sin förklaring i den vanliga Langenbeckska operationens tekniska svårighet hos små barn och den

efter densamma så vanliga mer eller mindre utsträckta bristningen ur den gjorda sömmens midtparti, hvarigenom operationens ändamål — att skilja näshålan och munnen — förfelas.

I detta fall har jag följt det af A. Lane meddelade förfarandet, i Lancet 1902. Han anger i fråga om sin metod den normala åldern för gomsömmen till 4—5 veckor; är barnet kraftigt, göres den så snart som möjligt efter partus. För att ha lättare tillgång till operationsområdet, sluter han en för handen varande harläpp först efter gommens läkning.

Gifvet är att en tidig operation, om den låter sig väl utföras, måste vara att föredraga framför en sen, detta redan med hänsyn till de störingar den öppenstående gomspringan medför. Dels orsakar den rubbningar i ätandet — och senare talet — dels disponerar den till inflammation i nässvalgslemhinnan med ty åtföljande mag- och lungåkommor. Barn med denna missbildning bli också ofta särdeles klena liksom den i afton visade patienten, som vid 5 månaders ålder vägde blott 4 kg. Men vidare framhåller Lane särskildt, att då genom gommens öppenstående andningens mekaniska inverkan på näshålornas utveckling minskas, denna ej sker på tillbörligt sätt. Gommens sidokanter närma sig nämligen midtlinien, i det gomhalfvorna ställa sig mer vertikalt och gomhvalfvet höjes. Detta plär anses som något från kirurgisk synpunkt gynnsamt, då härigenom operationen underlättas, hvarför man ock häri funnit ett skäl till förmån för senare operation. Men denna förändring sker på kostnad af näsans nedre, d. v. s. dess respiratoriska del, ty ju högre gom dess lägre näshåla. Om sålunda operationen blir lättare, fås också bristfällig utveckling af respirationsvägarne med dess följder, liknande den kända inverkan af respirationsvägarnes förträngning genom adenoider i svalget. Då genom slutningen af gomspringan denna felaktighet i utvecklingen motverkas, finner L. häri ett viktigt skäl för den tidiga operationen.

Påståendet att talet ej förbättras genom operationen, gäller enligt Lanes erfarenhet ej för den tidiga operationen. Näsljudet beror nämligen på förträngningen af näsan och kvarstår därför, om operationen göres, sedan näsan blifvit efter i sin utveckling, särskildt om intet efter operationen göres för att främja denna (genom andningöfningar, hvarpå L. lägger stor vikt).

Det förfarande Lane nyttjar är en ändring af Davies-Colley's metod med lambåer. Han bildar på den bredare gomsidan en slemhinne-periostflik med basen vid motsvarande kant af gomspringan. Fliken slås om och fästes vid dennas andra

kant, således med den epitelklädda sidan mot näshålan och den såriga mot munnen. Då operationen göres i späd ålder, tvingas man ej inskränka fliken inom tandkanten, utan kan man om nödigt medtaga gingivalslemhinnan därutanför. Sålunda kan man alltid få lambåen så bred, att ej någon farlig spänning uppstår i sömmen, hvarigenom uppfylles det väsentligaste villkoret för omedelbar läkning. En annan omständighet, som synes mig af betydelse härför, är att fliken får sina fästpunkter vid springans ränder och således å högsta stället i gommen; därigenom utsättes nämligen fliken för minsta möjliga spänning genom tungans tryck, i motsats till förhållandet vid den Langenbeckska metoden, där suturen kommer i ett lägre plan än gomspringan. En annan fördel är enligt min uppfattning, att den epiteltäckta ytan vetter uppåt mot näshålan, där en såryta är svårare att hålla ren och medför större olägenhet än på gommens munsida.

Genom att art. palatina post. vid flikens lösande kan underbindas, blir blödningen ringa och lätt att stanna, »blir aldrig oroande».

Enligt Lane fördrages operationen särdeles väl af de späda barnen och medför blott obetydliga störingar.

Så har äfven varit händelsen i detta fall, trots att barnet var mycket klent. Resultatet har, som synes, blifvit särdeles tillfredsställande, trots att fallet var rätt svårt. Särskildt vill jag framhålla, att den mjuka gommen fått så goda dimensioner, då den vid den direkta hopsyningen gärna vill bli för stram.

Jag har endast en gång förut gjort denna operation, å en 8-åring, där gomspringan var så bred, att jag ansåg otvifvelaktigt, att en sutur enligt den vanliga metoden skulle delvis misslyckas och fick äfven i detta fall lätt och hastig läkning.

Naturligtvis tillåta ej dessa två fall ett slutligt omdöme om metoden, men då de bekräfta Lanes uppgifter, har jag velat fästa uppmärksamheten vid att det gifves en metod, afsedd för operation i spädaste ålder och som åtminstone i detta hänseende synes lämpligare än den Langenbeckska, trots att om denna det yttrande gäller, att alla andra metoder endast ha historiskt intresse.

Såsom jag förut nämnt har i detta fall läppen i enlighet med Lane opererats efter gommen och vill jag i korthet fästa uppmärksamheten äfven vid den gjorda harläppsoperationen.

Då läppflikarnes hörn äro afrundade, vill efter en enkel uppfriskning af springans ränder kvarstå en störande inknipning i läppranden. Detta söker man motverka genom en snittföring, som afser att förlänga springans kanter och där-



Före operationen af harläppen.



Efter operationen af harläppen.

med läppens höjd i suturlinien. En operation, som i detta syfte på senare tid kommit i bruk hos oss, är som kändt den Hagedornska. Dennas följd är visserligen omedelbart vanligen mycket tillfredsställande, men blir sekundärt ofta mindre gynnsam. Ökningen i läppens höjd vinnes på bekostnad af hans längd, så att han blir stram, spänd mot gingivan. Denna ger — särskildt om i den finns en defekt — ej tillräckligt stöd för den höga läppen, hvars rand med sin nabb i midten gärna pressas in nedom dess kant, ett förhållande, som kan bli till verkligt besvär, när tänderna komma fram.

För öfrigt talar mot sträfvandet att i betydligare mån förhöja läpphudens midt den omständigheten, att, ehuru filtrum i midten bildar en nedskjutande nabb, barnets läpp-*hud* dock på det hela har minsta höjden i mellersta delen, i det dess rand bildar en nedåt öppen, i storlek efter läppens ställning mycket växlande vinkel. Mot detta lägre midtparti svarar å andra sidan att det läpp*röda* är fylligare i midten än mot sidorna, en fyllighet, som naturligtvis ej ersättes genom bildningen af en snabelformig nabb, sådan som man får genom att sy *mot* hvarandra ändarne af det läppröda.

I detta fall, där defekten var stor (fingerbred) och den hopsydda läppen därför alltid måste bli i viss mån stram, har jag på anförda grunder afstått från sträfvan att få en hög läppmidt och i stället sökt göra det läppröda i midtpartiet fylligt.

Läpphuden har hopsytts med nyttjande af en Miraults flik, endast så stor som nödigt att utjämna rundningen af flikarnas hörn. Därefter har jag, med bibehållande af de från springans kanter aflossade flikarne läpprödt, genom en frontal snittföring lagt dessa *in i* hvarandra längs läppkanten. På detta sätt ficks ett vid operationen synbarligen alltför tjockt midtparti i det läppröda, hvilket öfverflöd i fyllighet dock, såsom synes, försvunnit vid läppens sekundära tänjning. Naturligtvis kan man af en defekt läpp ej få en, som ser normal ut. Men som syns är resultatet i detta fall dock tillfredsställande, särskildt med hänsyn till defektens storlek.[1]) Och gifvet är det bättre än i det likartade, enligt Hagedorn opererade fall, hvaraf jag har denna fotografi, som visar en stram läpp med inknipen, dock ej inrullad, rand efter en operation, som omedelbart syntes mig mycket lyckad.

---

[1]) En gång förut, i ett fall med smal läppspringa, har jag med särdeles godt resultat användt samma förfarande.

Om militärläkarebanan.

I.

I den i dagarne aktuell vordna frågan om militärläkarebanan ber undertecknad att få yttra några ord.

Som tillbörligt är, ha först dryftats medlen att göra militärläkaren mera vuxen sin uppgift genom förbättrad kårorganisation och utbildning. Rinman, Hammar, Gullström, Kjellberg m. fl. ha härtill lämnat värdefulla bidrag och hufvudsaken af diskussionen har hittills rört sig om *skyldigheterna,* om jag så får säga.

Man har härutinnan kommit så långt, att departementschefen tagit frågan om arméläkareinstitutionens omorganisering under öfvervägande och infordrat yttranden.

Emellertid hör hit också frågan om militärläkarens *förmåner* eller vederlag, hans lön och pension, hans befordran, hans rang, hans trefnad i tjänsten m. m.

Denna del af saken torde få anses än mer antikverad och försummad än den andra. Positiva förslag till förbättring härutinnan ha icke framställts. Märkvärdigt nog; ty egen fördel ligger dock oss så väl som andra om hjärtat, och »stekta sparfvar flyga ingen i munnen».

Klagan öfver dålig aflöning, otreflig tjänstgöring, någon gång ovärdig, ja dålig behandling från militärens sida ha visserligen en och annan insändare liksom i förbigående framkastat; men från dess grundliga behandling ryggar man tillbaka. Kanske man väntar på att »någon annan» skall göra detta. Det är visserligen icke särdeles hedrande att högljudt klaga öfver oförrätter och skrika på ökade förmåner; men till tals *måste* ju äfven detta komma, om förbättring skall vara möjlig. Dessutom tycks tidpunkten nu vara den lämpliga att föra vår sak ett ordentligt steg framåt till förbättring, eventuellt med roten upprycka det onda, som vi klaga öfver.

Nu har på sistone, i Läkartidningen n:o 27, en »Gammal Militärläkare» lämnat den upplysningen, att vi militärläkare äro »mycket illa anskrifna i riksdagen, såväl i dess första som dess andra kammare»; och då upplysningen härleder sig från en ledamot af riksdagen, kan dess sanningsenlighet icke betviflas. Denna nyhet — den torde icke kunna fattas annorlunda än som ett klander mot kårmedlemmarne personligen — är bedröflig och torde böra betecknas såsom mycket viktig. En sådan nyhet får icke tagas lätt, ty den är icke ett tidningsblads spaltfyllnad, utan betecknar åskådningen hos vår maktegande folkrepresentation, af hvilken vårt väl och ve i hög grad bero.

Upplysningen visar, att vi militärläkare, som nu ifrigt, ofta med harm och förtrytelse, klaga, icke ha utsikt till »medhåll» hos de maktägande, utan tvärtom måste ytterligare inskränka våra anspråk — en »sten på börda» alltså — eller också att riksdagen är illa underrättad i frågan.

Att militärläkarevården är i vissa afseenden bristfällig är af oss erkändt. Men måhända vi icke äro herrar öfver situationen nog för att afhjälpa bristerna, och den håglöshet, som griper militärläkaren, skall kanske en kännare finna förlåtlig.

Frestelsen att tro riksdagen illa underrättad skulle vara stor, om man icke visste, att i riksdagen sitta många f. d. officerare t. o. m.

från de kårer, där »lapisexercisen» stod i flor och där »skämtet» med »doktorn» var ett viktigt tidsfördrif. Dessa f. d. officerare böra vara i stånd att formera autentiska upplysningar i ärendet.

Det skulle ha sitt intresse att af nämnda riksdagsledamot t. ex. erfara, hvilken han trodde vara orsaken därtill, att den läkare, som entrerar på militärläkarebanan, blir sämre än den, som förblir civil. Månne det kan bero därpå, att militärläkarebanan lockat till sig endast de sämre exemplaren? Hvilken kan vara orsaken därtill, att nu så många extra ordinarie läkarebeställningar vid armén stå obesatta, under det hvarje extra prov.-läkardistrikt alltid har flera sökande?

Vi se såväl i lefnadsteckningar af ännu lefvande civilläkare som i nekrologer öfver aflidna sådana *så särdeles ofta,* att de i början af sin verksamhet varit inne på militärläkarebanan, men öfvergifvit denna. Hvilken kan vara orsaken till dessa talrika fall af öfvergång?

En grundlig revision af alla militärläkareförhållanden torde böra påyrkas och mot kostnader och obehag svarande förmåner oss beredas. Militärläkaretjänsternas natur af *Bihang* eller *Komplement* till andra förvärf (civil tjänst eller praktik) måste afskaffas, därigenom att lön och pension ökas. Det är icke i våra dagar som förut, då hvarje militärläkare hade sin rikliga utkomst på annat håll och kunde med jämnmod dras med obehagen, just emedan det stod honom fritt att hvilken dag som helst lämna banan utan att lida nämnvärd inskränkning. Det blir efter denna dag och är redan för de flesta nödvändigt att lefva på tjänsteinkomsterna jämte någon liten praktik. Icke heller låter det sig nu göra att vid behof hoppa öfver på den civila banan. Man är till följd af specialiseringen bunden vid den bana man valt.

Till råga på olyckan börjar man både här och där tala förklenande om militärläkaren, något som väl torde vara lika oförtjänt, som det är för hans utkomst ödesdigert. Man kan i våra dagar få höra talesätt sådana som: »den eller den är för god att bli militärläkare.» Detta är någonting för våra dagar nytt, ehuru påståendet i tidigare skeden bort vara mera sant. Och tilläggas borde, att som sådana vi alla borde anses, intill dess förmånerna ökats och vissa andra ändringar till vår fördel genomförts.

I n:o 27 af denna tidning förekommer ett förslag till reform af »gammal militärläkare». För att slippa ifrån den olösta och kanske olösliga rangfrågan, har han proponerat, att vi skola få vara civila män, som sköta militären och sortera under en från militärt beroende fri sjukvårdsstyrelse och dess chef.

Om denna plan kunde genomföras och åt oss garantera samma angenäma fria ställning, som statens civilläkare ha, så borde väl förslaget högeligen rekommenderas. Men möjligheten att realisera detta ideal torde böra betviflas. Fullständigt undandragas militärens kommando kan läkaren dock aldrig. Detta behöfver icke utläggas.

Och vid de kårer, där militärläkaren med skäl klagat, att hans rang och värdighet äro en död bokstaf, torde tillståndet blott bli ännu sämre. Då skulle icke ens »skämtet» behöfvas, när det gäller att kufva en »doktor», som råkar ha högre rang än yngste underlöjtnanten.

Hvilken ungdom som helst skulle då kunna under gröfsta form gå löst mot honom, blott de äldre officerarne intet ha däremot. Och hvad detta skulle betyda t. ex. på ett krigsfartyg, som ligger månadstals i sjön utan beröring med den civila världen, är icke svårt att tänka sig. Inom franska armén ha läkarne kommit till en ställning, som i ganska mycket liknar den af »gammal militärläkare» föreslagna.

De ha visserligen icke aflagt det militära rangväsendet, men äro dock i hög grad oberoende af militären. De lyda i administrativt hänseende under en styrelse, som icke behöfver mottaga befallning af någon annan än krigsministern, hvilken därtill ofta är en civil person. De franska militärläkarna ha således rätt att utan inblandning bygga, inreda och sköta sjukhusen, ordna sjuktransporter, sjukhusförplägnad o. s. v. Se härom Tidskrift för Militär Hälsovård 1907, häft. I, sidd. 82 och 68! I fråga om bestraffningsrätt äro de likställda med officerarna. En sjukhuschef t. ex. har att utöfva straffrätten å sitt sjukhus på samma sätt som en militärchef öfver den styrka, där han är chef.

Detta har i Sverige icke kunnat medgifvas. En bataljonschef kan bestraffa en läkare vid bataljonen; men en sjukhuschef har hvarken befälsrätt eller bestraffningsrätt öfver där intagna officerare. Läkaren kan således icke varna eller tillrättavisa en där intagen underlöjtnant för oskickligt beteende. Hvilken omsorg! Se Tidskr. f. M. Hälsov. 1906, Häft I, sidd. 78 o. 79 samt Häft. 3, sid. 195! Detta är en undantagsbestämmelse till läkarens nackdel. Flottans reglemente äger flera eller många dylika. Det skulle vara intressant att få höra skälen till dylika undantagsbestämmelser.

De franska militärläkarne ha kommit i åtnjutande af en del utmärkelser, som förut varit militären förbehållna.

En liknande ställning lära de japanska militärläkarna åtnjuta.

Emellertid ha de franska läkarne icke endast behof af detta större oberoende och denna mera reella likställighet. De häftigaste anfall ha riktats mot dem såväl i pressen som i folkförsamlingen. Man vill återföra dem till deras förra befogenhet att ha endast med diagnosen, medicinen och operationerna att göra. Försök ha gjorts i deputerade kammaren att nedsätta militärläkarne och deras verksamhet. Lyckligtvis ha ett stort antal af Frankrikes mest berömda läkare ställt sig på deras sida, framstående tyska militärläkare ha tagit parti för de anfallne kamraterna och uttalat sin förvåning öfver dessa anfall, då sista kriget visat hvad en efter detta mönster organiserad sanitetskår (den japanska) kan uträtta i jämförelse med en efter det gamla (den ryska). Se Tidskr. f. Mil. Hälsovård, 1907, Häft. I, sid. 82!

Icke heller den ordning, som »Gammal militärläkare» föreslår, torde därför förhjälpa oss dit vi önska. *Sannolikt blir aldrig militärläkaren, ehvad det gäller tjänsteutöfning eller lifvet därutanför, något annat än ett bihang till den militära ledningen.* Hans trefnad blir alltid en gåfva af officerarne. En »spurv i tranedansen» förblir han, huru än saken vrides och vändes.

Hvarje ledamot af en militärkår undergår sin exercis, innan han inkorporeras; de yngsta kårmedlemmarne drilla och de äldre öfvervaka. Men att på detta sätt assimilera med sig — nota bene såvida detta är meningen och icke afsikten i stället är att mota ut — en medicine licentiat med t. ex. kaptens rang och ledamot af en annan icke mindre själfmedveten kår, har sig svårare. Han vill icke bli böjd mer än till en viss gräns, därför kan det bli oenighet.

Parternas utbildning är olika och den nykomne för morsk.

Förhållandet är för öfrigt intet annat än det, som skulle råda för en officer bland flera läkare. Om t. ex. en till sjukgymnast utbildad officer hade att tjänstgöra såsom sådan inom läkarestaten på ett större sjukhus. Han skulle säkert bli hållen lika kort som en läkare bland militären, om ock metoden skulle smaka mindre rekrytexercis.

Den bästa belägenhet, som en militärläkare kan ernå, är att bli »omtyckt» af kårens officerare. Ofta får han nöja sig med att vara »tolererad». Att liksom civilläkaren finna trefnad, oberoende af hvad officerarne tycka, eller trots detta, är uteslutet. Hvad den militära makten kan komma att tycka eller tänka i saken, är städse hans viktigaste hänsyn; och förblir så äfven på ställen, där ovedersägeligen mycket göres för att bereda honom trefnad.

En hvar vill vara en smula herre hemma hos sig, officeren i krigsmakten, läkaren å sitt sjukhus. Där så ej är, råder upplösningstillstånd.

Militärläkarens honnör blir nog hufvudsakligen den klingande.

Den 31 aug. 07.

Fr. Vict. Asklin.

(Forts.)

Till förebyggande af olyckshändelser.

Ett förslag af **Arnold Josefson.**

För ett eller annat år sedan frågade jag en förare af en elektrisk spårvagn i Stockholm, om han fått sitt färgsinne undersökt, innan han antogs i tjänst eller sedermera. Svaret blef nej. I nästa gathörn signalerades stoppsignal med färgad flagg och föraren stoppade genast vagnen. Jag drog däraf den slutsatsen, att mannen icke var färgblind.

Då jag häromdagen frågade föraren af den automobil, i hvilken jag åkt med »största hastighet», huruvida han fått sina ögon undersökta, innan han antogs till chauffeur, blef svaret likaledes nej. På grund af det sätt, hvarpå han skött körningen, antog jag, att han icke led af någon svårare synrubbning.

Garanti för mina antaganden hade jag emellertid hvarken i ena eller andra fallet.

Nog är det i alla fall ett förbiseende, som borde kunna medföra allvarliga följder, att bland villkoren för att blifva antagen till automobilförare (auto-kusk) det icke först och främst stipulerats, att den sökande icke lider af sådana synrubbningar (t. ex. höggradigt nedsatt synskärpa, oklara medier, defekter i synfältet), hvilka absolut borde omöjliggöra honom i detta ingalunda lättskötta arbete. Visserligen måste ju hvarje chauffeur profköra, men därigenom torde dock endast med svårighet kunna utrönas, om han har tillräckligt god syn för att till allmänhetens tjänst få köra en maskin, hvars fart ännu

så länge synes mången väl stark på våra för dylik trafik i allmänhet alltför trånga gator. *Ingen* borde blifva antagen till förare af automobil[1]), elektrisk vagn och andra liknande modärna trafikmedel, innan han företett intyg om sin synförmåga. Ett dylikt villkor borde naturligtvis då ock gälla retroaktivt för dem, som redan äro i tjänsten antagna.

Inom en del yrken, t. ex. i spårvagnstrafik, signaleras med färgade flaggor och glas. Det är ju då självklart, att färgblinda icke duga att uppfatta signalerna. Vid Stockholms norra spårvägsbolag måste numera hvarje aspirant förete intyg om färgsinnets beskaffenhet.[2])

Att i vårt land, där redan begreppet färgblindhet är länkadt vid ett stort svenskt namn — Frithiof Holmgrens — undersökningarna af färgsinnet sjunkit så i kurs, som de i självfva verket gjort, vittnar just icke om öfverflödig omtanka. Öfverallt, där signalering med färger äger rum, borde personalen vara undersökt, innan den antoges.

Huru är det t. ex. i armé och flotta? För att blifva antagen till läkare vid flottan fordras intyg om färgsinnets beskaffenhet; icke så vid armén. Och dock — så upplyste mig en i dylika ärenden väl initierad militärläkare — kan en bataljonsläkare afgifva intyg om färgsinnet hos dem, som söka till flottan. Hvarföre fordras i nämnda afseende mera af läkaren vid flottan än den vid armén? Förekommer icke signalering i färger äfven på landbacken?

En järnvägsläkare måste förete intyg om normalt färgsinne, så icke däremot en skolläkare, läkare vid elektriska spårvägarna, läkare, som afgifver intyg åt sjöfolk m. fl.

Enligt min mening borde hvarje läkare vid sin legitimation inlämna intyg om sitt färgsinne. De hvilka därvid visade sig lida af sådana rubbningar, att de måste betraktas som odugliga för att pröfva andras färgsinne, skulle antecknas i medicinalstyrelsens liggare.

Då jag påpekar detta hoppas jag icke att någon påstar att jag därmed uttalat, att notoriskt färgblinda läkare verkligen afgifvit intyg om andra personers färgsinne. Men det har synts mig angeläget att förhållandet ifråga påpekas redan nu och af en läkare — innan allmänheten hunnit framställa det som en fordran.

I sammanfattning sålunda:

1) Intyg om syn- och färgsinnets beskaffenhet hos alla,

---

[1]) Jag inbegriper då äfven ägaren.

[2]) Huruvida denna föreskrift fått verka retroaktivt, har jag mig ej bekant; för en tid tillbaka voro de äldre förarne ej undersökta.

som tillåtas föra automobil, elektriska vagnar och likartade trafikmedel.

2) intyg om färgsinnets beskaffenhet hos hvarje läkare.

Några ord med anledning af ett fall af santoninförgiftning.

Af

P. Bergman.

Följande fall af santoninförgiftning, som behandlats å med. afd. af Malmö Allm. sjukhus, torde i sin mån tala för önskvärdheten af ändrade bestämmelser beträffande utlämnandet af ifrågavarande läkemedel.

Flickan E. A., 2 1/2 år gammal, inkom på sjukhuset d. 4 sept. kl. 4.30 e. m.

På misstanke, att hon led af masksjukdom, hade hon omkr. kl. 1.30 samma dag af föräldrarna fått 5 st. santonintabletter (= 15 ctgm santonin). Omkr. kl. 3.30 började hon »se konstig ut», »blicken blef stel.» Ett par små kräkningar. Strax före kl. 4 fick hon ett krampanfall.

Vid inkomsten var hon fullständigt medvetslös. Ögonen vidöppna; pupillerna medelvida, reaktionslösa. Höggradig cyanos. Oupphörliga konvulsioner: kloniska ryckningar i ansiktsmusklerna, stundtals halfsidiga och öfvervägande på vänstra ansiktshalfvan; glottisspasm; tonisk och klonisk kramp i armarna, mest i vänstra armen; i benen endast enstaka kramper, hvilka snart upphörde. Respirationen usel med små, hastiga, pipande inspirationer och långa respirationsstillestånd. Pulsen mycket frekvent, liten, mjuk.

Hon fick 1/2 spruta kamfer. Grundlig magsköljning och 2 stora lavemang. Begjutning med ljummet vatten och frotteringar. Krampanfallen aftogo småningom. Då respirationen fortfarande var mycket otillfredsställande och cyanosen höggradig, inleddes konstgjord andning, som fortsattes ung. 20 min. Hon började sedan andas bättre. Kl. 6.15 var temp. 37.2. Pulsen 130, regelbunden och kraftig. Hon låg stilla, med slutna ögon och andades lugnt och jämnt. Efter en stund fick hon ett nytt anfall med glottisspasm och kloniska ryckningar, hvilket emellertid gick hastigt öfver. Var sedan lugn och sof till kl. 10 e. m., då hon började kasta sig i

sängen och skrika gällt; reagerade ej för tilltal; blicken stirrande. Hon fick 1 gm kloral per rectum och somnade snart.

Den 5 sept. var hon kry, om också något medtagen. Fick 1 dessertsked ricinolja. Urinen är gröngul och blir vid tillsats af alkali röd; håller ej alb. — Inga tarmparasiter.

Utskrefs d. 6 sept. fullständigt frisk.

Att här närmare ingå på fallet finner jag ej vara skäl, så mycket mindre som symptomen i det stora hela fullständigt öfverensstämma med dem i gängse handböcker beskrifna. För bedömande af den gifna dosens storlek vill jag endast påminna om att farmakopéns maximaldos för vuxen är 10 ctgm och att letalt slutande förgiftningsfall iakttagits hos barn redan efter en dos af 5 ctgm (Bing).

Då på grund af oförstånd hos allmänheten förgiftningsfall af santonin af och till förekomma, synes det högeligen önskvärdt, att bestämmelse snarast utfärdas därom, att medlet ej vidare får utlämnas i vanligt handköp. Lämpligast vore väl, att santoninet förses med gifttecken, eller, om detta af vederbörande ej anses lämpligt, i likhet med Trochisci Glycyrrh. opiati; Linctus pectoralis och Tinct. Thielemanni finge utlämnas endast med signatur, hvarå doseringen, och i detta fall äfven doseringen för barn i olika åldrar, är utsatt. Att märka är, att i utländska farmakopéer santoninet allmänt hänförts till de läkemedel, för hvilka finnes bestämmelse om utsättande å signaturen af uppmaning till varsamhet vid handhafvandet.

Förslaget till ändring af läkaretaxan.

Den diskussion, som börjats med anledning af förslaget till förändring af tjänsteläkaretaxan, synes väl behöflig. Särskildt är det lydelsen af § 7 mom. 2, som, för att ej vantolkas, behöfver en omredigering. Det är nog ingen tillfällighet, att af de tre inlägg, som hittills förekommit, två förskrifva sig från tjänsteläkare, boende i närheten af järnväg. Sådana läkare bli nämligen mycket ofta i tillfälle tillämpa omskrifna paragraf, under det andra, från de stora kommunikationslederna mera aflägsnade, endast undantagsvis och vanligen endast under den blidare årstiden komma i kollision med densamma.

Hrr Nordenadler och Schwieler synas tolka paragrafen i fråga enligt den uppfattningen, att arvodet för hela resetiden skall lika fördelas mellan alla sjuka, som under en dylik kombinerad resa besökas af läkaren. Kan detta vara meningen? Man skulle ju under sådana förhållanden behöfva vara utrustad med profetisk förmåga, ty ingalunda är det säkert, att den förste, som anlitar läkaren, anmodats till-

kännage huru många ställen, som sedermera eventuellt skola besökas. Vanligen tillgår väl så, att läkaren på hemvägen från det första besöket anmodas besöka närmare eller fjärmare från vägen bosatta sjuka. Läkaren skulle under sådana omständigheter nödgas, under förutsättning af lika fördelning af arvodet mellan de betalningsskyldige, återbära en del af det redan uppburna. F. ö. hur skulle han, då han tvingas besöka många flere än den för färden förut beräknade tiden medger, kunna rättvist fördela arvodet.

Enligt min förmening är en sådan tolkning ej i öfverensstämmelse med ordalydelsen af meromskrifna paragraf, jämförd med den i författningshandbok för läkare under 2 förekommande förtydligande noten. Mig synes, att hvar och en, som under dylik kombinerad resa anlitar läkaren, är skyldig ersätta efter den tid, som åtgår för hvarje särskildt sjukbesök. Den först anlitande eller den, som kallar läkaren, får sålunda vidkännas den största utgiften (ersättning för den tid, som för fram och återresa åtgår utan andra uppehåll än de, som betingas af väntan på tåg eller ångfartyg). Någon orättvisa torde i allmänhet ej behöfva ligga i denna större utgift, enär den först kallande vanligen är den, som i förhållande till de öfriga har det största behofvet af läkarens besök.

Jag delar sålunda doktor Nyblins åsikt, beträffande paragrafens tolkning. Däremot kan jag ej biträda hans förslag till ändring af § 10 mom. 2. Det synes nämligen självklart, att läkaren ej genom afkortning af arvodet skall behöfva vidkännas en uppoffring af den anledning, att han, hindrad af föregående sjukresa eller annan sjukvård, ej förrän efter nattens inbrott medhunnit en resa till annan patient. Den brist på hvila, som ett dylikt kräfvande arbete måste medföra, synes mig vara en ytterligare anledning att tillämpa nattaxan.

Önskligt vore att så många som möjligt, särskildt bland dem, som ofta äro i tillfälle tillämpa § 7 mom. 2 taxan, uttalade sig i frågan för att på så vis en basis för en förtydligande omredigering af paragrafen må komma till stånd.

Råneå den 25 september 1907.

Jacob Åberg.

Periodisk litteratur.

Här meddelas de senaste tidskriftshäftenas innehåll med undantag af referat, boknyheter m. m

Uppsala läkareförenings förhandlingar, n:o 1. *O. V. Petersson:* Blifva böcker, som begagnas af lungtuberkulösa, infekterade med tuberkelbaciller? — *C. G. Santesson:* Nyare undersökningar öfver hjärtgangliernas betydelse. — *Martin Ramström:* Om de Vater-Pacini'ska kropparnas funktion. — *Gaston Backman:* Om öbildningar i kärlsystemet.

Hygiea, n:o 9. *C. D. Josephson:* Om det s. k. vaginala kejsarsnittet. — *Wilh. Wernstedt:* Några iakttagelser öfver tarmuttömningarna inom den späda barnaåldern I och II. — *Barthold Carlson:* Ett fall af kronisk peritonit i bukens vänstra sidoregion. -- *Viktor Berglund:* Ett fall af akromegali.

Hvarjehanda notiser.

Lima ex. prov.-läk.-distr. Till ex. prov.-läk. i Lima distr. hade, såsom förut meddelats, af distr.-styrelsen antagits lic. O. Lindemalm, som den 10 sistl. juli tillträdde tjänsten. Emellertid hade en af de sökande till ifrågavarande tjänst, lic. N. A. Ahlberg till medicinalstyrelsen inlämnat en skrifvelse, innehållande dels upplysningar att inom distriktet tillämpades en särskild taxa för sjukresor, dels anmärkning mot sättet för tjänstens tillsättande. I anledning häraf infordrades distr.-styrelsens förklaring, som nu jämte vederbörande 1:e prov.-läkares och konungens befhdes utlåtande till medicinalstyrelsen inkommit. Då häraf framgår, att den särskilda taxan upphäfts den 8 sistl. september, har medicinalstyrelsen låtit anteckna ex. prov.läkaren Lindemalm till tjänstårsberäkning f. o. m. sistnämnda datum.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Extra prov.-läk.-tj:n i Vilhelmina distr.[2]) (ledigförklarad för tiden t. o. m. 1911; distr. omfattar Vilhelmina socken i Västerbottens län med 7,024 invånare den 1 jan. 06; läk.-station och med.-förråd i Kyrkbyn; lön: 3,000 kr.)	21 okt.
Extra prov.-läk.-tj:n i Orusts västra härads distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	23 okt.
Fängelseläk.-befattn:n i Örebro (ansökan, ställd till fångvårdsstyr:n inl. hos kon:s befhde, Örebro)	23 okt.
En asylunderläk.-tj. i Lund[3]) (tillträdes 1 jan.; löneförmåner: 2,500 kr. — 3,000 kr. för lic. — jämte bostad och kost)	23 okt.
Las.-underläk.-tj:n i Jönköping[3]) (*ånyo* ledigförklarad, nu med ändrade lönevillkor: 2,000 kr., hvilket belopp efter ett års väl vitsordad tjänstgöring höjes till 2,500 kr., jämte bostad och kost eller 600 kr. i kostpenningar)	25 okt.
Extra prov.-läk.-tj:n i Valdemarsviks distr. (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	28 okt.
Tvänne underläk.-tj:r v. Kristinehamns hosp.[3]) tillträdas 1 jan.; löneförmåner: 2,500 kr. — för lic. 3,000 kr. — jämte bostad och kost samt 200 kr. i kostförbättringspenningar)	30 okt.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Uddevalla[3]) (löneförmåner: 2,000 kr. jämte bostad, frukost- och aftonspisning + 450 kr. i kostpenningar)	31 okt.
Två bataljonsläkartjänster vid Norrlands trängkår[1])	1 nov.
Två bataljonsläkartjänster vid Östgöta trängkår[1])	1 nov.

En bataljonsläkartjänst vid Västmanlands trängkår[1]) 1 nov.
En bataljonsläkartjänst vid Göta trängkår[1]) 1 nov.
Underläk.-tj:n v. Stockholms stads epidemisjukhus (sökes hos hälsov.-nämnden) 6 nov.
En bat.-läk.-tj. v. Norrbottens reg:te[1]) 7 nov.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Härnösand[2]) (*ånyo* ledigförklarad; löneförmåner: 2,000 kr. jämte bostad och kost) 11 nov.

Af Kungl. Maj:t utnämnda och transporterade:

Till marinläk. 2:a graden: marinläk.-stip. *L. M. Möller.*

Af Med.-styr:n utnämnda och förordnade:

Till underläk. v. garn.-sjukhuset för tiden 15 okt.—31 dec.: kand. *Joh. Lundgren.*

Af vederbörande myndighet antagna:

Till ex. prov.-läk. i Näskotts distr. (t. o. m. 1909): lic. *F. H. E:son Brand.*

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Underläk. v. garn.-sjukhuset *S. Tengström* (15 okt.).
Extra prov.-läk. i Enångers distr. *E. Blomberg* (16 okt.).

Sökande:

Till *extra prov.-läk.-tj:n i Tjörns distr.* (i ordn. efter tj:år): ex. prov.-läkarna Arnell i Rejmyre, Lindfelt i Fjällbacka, Grill i Avesta, Blomberg i Enånger och Almqvist i Vilhelmina, las.-underläk. Robbe, Kalmar, lic:rna C. Y. Ekvall, Laholm och K. G. A. Brand samt las.-underläk. Forssman, Linköping.
Till *underläk.-tj:n v. sjukhuset Eira, Stockholm:* lic:rna F. Forsslund, S. C. Johansson och E. J. Nyström.
Till *en bat.-läk.-tj. v. Västgöta r:te* (i ordn. efter tj:år): bat.-läkarna Odqvist (Svea trängk.), Wåhlin (reserven) och Blomberg (Norrbottens r:te).
Till *en bat.-läk.-tj. v. Värmlands r:te* (i ordn. efter tj:år): bat.-läkarna Odqvist (Svea trängk.), Efvergren (reserven) och Blomberg (Norrbottens r:te).
Till *ex. prov.-läk.-tj:n i Älfdalens distr.:* lic:rna N. A. Ahlberg, Lamb. Eriksson, G. Fjellander, H. Forssman, K. Frisell, G. Grill, L. Holmlin, R. Ihran, Martin Jansson, Aug. Sandvall, W. Sterner och N. Wange.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *C. Allvin* t. f. prov.-läk. i Hjo distr. fortf. t. o. m. 31 jan. 1908 (t)
Kand. *A. O. Winberg* t. f. ex. prov.-läk. i V. Vrams distr. 20 okt.—3 nov. (t).
Lic. *H. Erfass* t. f. ex. prov.-läk. i Gudmundrå distr. 14 okt.—23 nov. (t)

Fältl.-stip. *E. Welinder* ex. läk. v. Vendes art.-r:te 11 okt.—21 dec.
2:a stadsläk. *N. Johnsson* ex. läk. v. Västernorrlands r:tes skolor.
Las.-läk. *K. Dillberg* t. f. stadsläk. i Skellefteå 8 okt.—23 dec. (t).

Öfversikt af sammandragen af epidemirapporter

för halfva månaden 1—15 sept. 1907.

	Städer.					Landsbygd.				
	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa
Stockholm	—	16	42	—	58	—	—	—	—	—
Stockholms län	1	—	4	—	5	20	14	11	—	45
Uppsala	—	—	3	—	3	—	1	7	—	8
Södermanlands	—	—	19	—	19	—	1	15	—	16
Östergötlands	3	—	5	—	8	5	5	5	—	15
Jönköpings	—	1	25	—	26	—	1	11	—	12
Kronobergs	—	—	2	—	2	1	3	21	—	25
Kalmar	9	—	3	—	12	3	1	9	—	13
Gotlands	—	1	—	—	1	5	8	1	—	14
Blekinge	—	11	3	—	14	—	4	8	—	12
Kristianstads	—	—	21	—	21	—	—	14	—	14
Malmöhus	1	10	29	—	40	7	3	18	—	28
Hallands	4	—	2	—	6	2	—	4	—	6
Göteborg	3	21	6	—	30	—	—	—	—	—
Göteborgs o. Bohus	—	—	5	—	5	3	4	19	—	26
Älfsborgs	17	—	8	—	25	1	5	6	—	12
Skaraborgs	—	—	1	—	1	1	—	3	—	4
Värmlands	—	—	2	—	2	15	—	4	—	19
Örebro	6	—	—	—	6	2	1	2	—	5
Västmanlands	—	—	—	—	—	—	—	15	—	15
Kopparbergs	—	—	—	—	—	—	—	4	—	4
Gäfleborgs	3	5	—	—	8	2	17	—	—	19
Västernorrlands	—	—	4	—	4	3	1	9	—	13
Jämtlands	—	1	—	—	1	1	2	—	—	3
Västerbottens	—	1	12	—	13	—	1	7	5	13
Norrbottens	—	—	1	—	1	—	—	4	—	4
Summa	47	67	197	—	311	71	72	197	5	345

Summa sjukdomsfall i hela riket: nervfeber 118, skarlakansfeber 139, difteri 394, rödsot 5. — *Akut barnförlamning* 37 fall. I Västerås stad 189 fall af *mässling*.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 25 oktober 1907.

4:e årg.	Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER.	N:o 43.

Innehåll: OLOF KINBERG och ALFRED PETRÉN: Psykiatriska föreningens årsmöte i Uppsala den 7 och 8 juni 1907. — ALFRED PETRÉN: Några reflexioner med anledning af Medicinalstyrelsens senaste beslut i familjevårdsfrågan. — Bokanmälan. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser. — Epidemiöfversikt.

Psykiatriska föreningens årsmöte i Uppsala den 7 och 8 juni 1907.

Referat af **Olof Kinberg** och **Alfred Petrén.**

Mötets förhandlingar, som ägde rum å Uppsala hospital, inleddes med ett föredrag öfver »*Frågan om anordnandet i större utsträckning än hittills af organiserad, under offentlig kontroll stående familjevård af sinnessjuka*» af öfverinspektören för sinnessjukvården i riket, medicinalrådet *G. Schuldheis*, i anslutning till en skrifvelse af den 27 mars 1907 från Medicinalstyrelsen till psykiatriska föreningen, hvari Medicinalstyrelsen anhåller, att föreningen måtte upptaga denna fråga till diskussion och insända den resolution, som med anledning däraf kunde komma att fattas.

Herr *Schuldheis'* inledningsföredrag hade i hufvudsak följande lydelse:

Sedan Medicinalstyrelsens plan till hospitalsväsendets ordnande framlades (underdånig berättelse den 8 dec. 1902) har platsbristen å hospitalen blifvit allt svårare, så att det synes vara fara värdt, att äfven efter ifrågavarande plans genomförande utrymmet kommer att visa sig otillräckligt. Att dessa farhågor ej äro ogrundade, torde framgå af följande öfversikt, sammanställd efter Medicinalstyrelsens årsberättelser:

År	Antal platser å samtliga stats-hospital	Antal exspek-tanter vid årets slut
1901	5,016	1,120
1902	5,022	1,267
1903	5,063	1,698
1904	5,118	1,968
1905	6,226	2,116
1906	6,344	1,835

Antalet exspektanter hade sålunda vid 1905 års slut stigit till 2,137 och uppgick vid 1906 års slut till 1,835, oaktadt under sistnämnda år omkring 700 nya platser tagits i bruk.

Den ständigt svårare stagnationen å hospitalen beror utan tvifvel i väsentlig mån på omöjligheten att i de sjukas eget hem bereda dem nödig vård.

Å andra sidan är det ju välbekant, att en stor mängd sinnessjuka, som man nu nödgas behålla kvar å hospitalen, med fördel skulle kunna och borde vårdas i enskilda hem, om lämpliga sådana funnes att tillgå.

Många af dessa patienter behöfva icke i och för sig anstaltsvård och för många är anstaltsvård utan tvifvel i viss mån direkt skadlig såsom för en del konvalescenter och åtskilliga kroniskt sjuka.

Vården i enskilda hem bör också i allmänhet ställa sig afsevärdt billigare än anstaltsvård.

Från alla dessa synpunkter är det trängande nödvändigt att söka bereda ökad möjlighet för af staten kontrollerad vård i enskilda hem af sinnessjuka.

Det i Skottland och Norge brukliga systemet med familjevård utan samband med en central moderanstalt och kontrollerad af icke speciellt sakkunniga ämbetsläkare torde icke vara det lämpligaste.

Familjevård hos gifta skötare vid hospitalen — som hos oss nu börjat tillämpas — har utan tvifvel stora fördelar, men kan naturligtvis ej genomföras annat än i ganska begränsad skala.

Hvad som bör eftersträfvas, är alltså att söka bereda tillfälle till familjevård under kontroll af hvarje särskildt hospital, på samma sätt som nu med framgång pröfvats i Korsberga. Hvad familjevården i Korsberga beträffar fordras emellertid, för att denna familjevårdsinstitution skall bli tillfyllestgörande, att på platsen uppföres en centralanstalt med egen läkare. Att en dylik centralanstalt är både behöflig och

nödvändig, därom torde meningarna ej vara delade. Detta system, som företrädesvis torde lämpa sig i och i trakten af mindre städer och byar, kan naturligtvis behöfva modifieras efter de lokala förhållandena på olika platser. Ökade läkarekrafter för hemmens tillsyn torde dock öfverallt blifva behöfliga.

Naturligtvis möta många svårigheter för denna plans genomförande, men detta bör icke bortskymma angelägenheten af frågans lösning. För densamma fordras *framförallt en personlig insats af vederbörande hospitalsläkare*, ty dessförutan tjänar det icke mycket till, att Medicinalstyrelsen söker arbeta för en organisation, som endast komme att stanna på papperet.

I den därpå följande diskussionen yttrade sig:

Herr *Svensson*, som förordade en utvidgning af familjevården på följande sätt:

1) utvidgning af Korsberga, dels genom inrättande af moderanstalt, dels genom utsträckning af vårdsystemet till flera socknar;

2) anordning af familjevård i stil med Korsberga på annat ställe;

3) anordning af familjevård i anslutning till de befintliga hospitalen.

Beträffande förhållandena vid Uppsala hospital förmodade talaren, att man i socknarna Näs, Dalby och Vesteråker möjligen skulle kunna placera ett 70-tal patienter. Under förutsättning af 1 besök i månaden hos hvarje patient, skulle anställande af ytterligare 1 läkare vid anstalten bli nödvändigt. Det kunde sålunda ifrågasättas, huruvida detta vore ekonomiskt. Ville därför föreslå, att Medicinalstyrelsen skulle föranstalta om en mera grundlig undersökning öfver möjligheterna till familjevård; denna undersökning borde företagas med biträde af hospitalsläkarna.

Herr *Lauritzen* omtalade, att f. n. 81 patienter vårdades i Korsberga. Enligt herr Lindells mening skulle utan minsta svårighet 200 pat. kunna vårdas i Korsberga under förutsättning, att centralanstalt inrättades med egen läkare. Däremot trodde herr Lindell för sin del, att det icke skulle finnas andra platser, där man skulle kunna inrätta familjevård.

Herr *Gadelius* framhöll, att koloni- och familjevård är ett nödvändigt annex till sinnessjukvården. Det vore därför nödvändigt, att en undersökning öfver möjligheterna till utvidgad familjevård anställdes genom Medicinalstyrelsens försorg, innan planen för sinnessjukvårdens ordnande fullföljdes. Det finns antagligen flera smärre städer, där man skulle kunna ordna familjevård. Beträffande Korsberga ville talaren framhålla

olämpligheten af att de sjuka transporterades fram och tillbaka mellan Växiö hospital och Korsberga och nödvändigheten af att en centralanstalt inrättades i Korsberga.

Talaren framställde 2 förslag: 1) att Medicinalstyrelsen skulle tillsätta en kommission af hospitalsläkare för utredning af möjligheterna att utvidga familjevården,

2) att Medicinalstyrelsen skulle taga i öfvervägande att snarast möjligt bygga en centralanstalt i Korsberga.

Herr *Nerander* omtalade, att vederbörande i Irland beslutat att icke vidare bygga några anstalter, enär detta ställde sig för dyrt; i stället skulle man lämna ekonomiska bidrag till de sjukas vård i familj.

Herr *Gadelius* framhöll, att man vid den föreslagna undersökningen borde taga taga hänsyn till skillnaden mellan koloni- och familjevård. Jämte lämpliga platser för den senare vårdformen, borde man äfven tänka på att utse lämpliga platser för kolonier.

Herr *Schuldheis* omtalade, att första steget till centralanstalt vid Korsberga vore taget därmed att staten inköpt en egendom därstädes. Framhöll vidare, att kolonierna borde läggas så långt bort från anstaltskomplexen som möjligt, för att patienterna skulle känna sig fria från anstalten. Ville interpellera läkarna från de olika anstalterna angående möjligheterna till familjevård.

Herr *Björck* lofvade intressera sig för saken, men trodde ej, att det fanns stora utsikter till familjevård utanför Vadstena, då det finns endast större egendomar i dess omgifningar. I självfva staden trodde han väl, att man kunde placera ett mindre antal män och kvinnor.

Herr *Lundgren* ansåg, att folket i trakten af Piteå i allmänhet icke lämpade sig för vård af sinnessjuka. Trodde äfven, att det skulle bli svårt att skaffa de sjuka arbete under vintern. Hade emellertid lyckats få en och annan inackorderad i staden.

Herrar *Vestberg* och *Lundberg* trodde, att deras resp. orter (Nyköping och Hernösand) skulle lämpa sig för familjevård.

Herr *Gadelius* föreslog, att föreningen skulle välja en kommitté, som skulle samarbeta med Medicinalstyrelsen för att undersöka, dels på hvilket sätt, dels på hvilka platser familjevård lämpligen skulle kunna anordnas.

Herr *Schuldheis* åter önskade, att föreningen skulle uppmana Medicinalstyrelsen att utnämna en kommitté.

Därefter beslöt föreningen att till Medicinalstyrelsen inlämna en skrifvelse, hvari föreningen uttalade sin öfvertygelse att möjlighet till anordnande af familjevård i större utsträck-

ning än hittills vore förhanden men att frågan vore så föga utredd och svårlöst, att föreningen icke ansåge sig kunna nu framlägga något definitivt förslag, utan hemställde till Medicinalstyrelsen att tillkalla sakkunniga i och för anordnandet af familjevård vid och omkring de olika anstalterna.

Nästa diskussion rörde sig om frågan angående *öfversköterskeutbildningen* och inleddes af herr *Svensson.*

Därpå höll herr *Gadelius* ett föredrag om »*Psykiatriska sjukdomsformer i historisk belysning jämte en sjukhistoria från år 1732.*» Det synnerligen intressanta föredraget refereras icke här, då det är inlämnadt till tryckning i Hygiea.

Dagens förhandlingar afslutades med ett referat af herr *Norén* öfver *Bruces* arbete »*Studies in clinical Psychiatry*».

Den andra mötesdagen sammanträdde föreningen först å Rickomberga idiotanstalt, hvarest hr *Schuldheis* höll ett mycket lärorikt föredrag om *sinnesslövården i vårt land,* däri han bl. a. lämnade en fullständig historik öfver frågan. Föredraget har sedan — efter hvad det synes i betydligt utvidgad form — blifvit tryckt under titeln: »Redogörelse för de med statsmedel understödda sinnesslöanstalterna i riket», hvilken på det lifligaste rekommenderas hvarje för frågan intresserad kollega, då här endast kan lämnas en mycket kortfattad resumé af föredraget.

Sinnesslövården är af betydligt yngre datum än sinnessjukvården, i det man först på 1830—40-talet synes hafva börjat att tänka på att uppfostra idioter. Sinnesslövården i vårt land daterar sig från 1863, då en präst, bataljonspredikant *Glasell,* i Bohuslän öppnade en skola för sinnesslöa, hvilken han emellertid 4 år senare öfverlämnade till fröken *Emanuela Carlbeck,* en kvinna, som gjort sig högt förtjänt om sinnesslövården, och som redan förut börjat omhändertaga sinnesslöa barn. Hon flyttade sedermera sitt hem för dessa till *Johannesberg* vid Mariestad, hvilken anstalt i många hänseenden varit mönstergifvande för de sedermera inrättade. Den öfver-

lämnades på 1880-talet till länet och underhålles sedan 1895 med bidrag af Älfsborgs och Skaraborgs läns landsting.

En annan föregångsman är direktören *Bruce*, hvilken äfven sedan slutet af 1860-talet meddelat undervisning åt sinnesslöa. Dennes anstalt *Sofielund* öfvertogs 1890 af Västmanlands läns landsting. År 1868 stiftades på initiativ af professor *Kjellberg*, m. fl. »*Föreningen för sinnesslöa barns vård*», hvilken följande år i Stockholm öppnade en skola för sinnesslöa barn vid Norrtullsgatan. Denna förestods under en lång följd af år af friherrinnan *Thorborg Rappe*, hvilken utöfvat stort inflytande på sinnesslövården, särskildt som praktisk ledarinna af föreningens på 1870-talet upprättade »*Seminarium för utbildande af lärare för sinnesslöa barn*», en institution som är utan motstycke i andra länder och som kraftigt befordrat sinnesslöskolornas intressen.

Snart nog märkte man, att *arbetshem* behöfdes för att de sinnesslöa skulle kunna bibehålla de färdigheter de i skolan inhämtat. Ett dylikt för vuxna manliga sinnesslöa inrättades redan 1878 af föreningen i fråga och 10 år senare inköptes — med tillhjälp af enskild välgörenhet, icke minst från professor *Kjellbergs* sida — den egendom vid Rickomberga, där hemmet fortfarande har sin verksamhet. För kvinnliga sinnesslöa inrättades 1888 ett arbetshem vid Norrtullsgatan i Stockholm, hvilket sedan 1899 har ett eget sommarhem i skärgården.

År 1874 öppnades i *Strängnäs* en asyl för obildbara sinnesslöa, å hvilken emellertid sedan 1881 äfven bildbara sinnesslöa mottagas och sedan 1892 i regel endast sådana. Under 1870- och 1880-talen tillkommo en hel rad idiotanstalter, sålunda i Gäfleborgs län 1874, i Östergötlands och Malmöhus län 1878, i Örebro län 1881, i Småland 1883, i Uppsala län s. å., i Stockholms län 1884, i Blekinge och Kristianstads län 1886 samt i Kopparbergs län 1888. Alla dessa anstalter voro ursprungligen endast *uppfostringsanstalter (skolor)*, men för att de sinnesslöe äfven efter skoltidens slut skulle få åtnjuta anstaltens hägn, hafva sedermera å de flesta af dem äfven *arbetshemsafdelningar* inrättats, ehuru oftast af obetydlig omfattning.

Ett par anstalter hafva upprättats särskildt för *sinnesslöa fallandesjuka*. Sålunda började å fru *Ebba Ramsays* år 1889 öppnade hem (»*Hoppet*», *Wilhelmsro*, vid Jönköping) för fallandesjuka barn inom kort mottagas endast sinnesslöa sådana, hvilka här erhöllo undervisning, och 1892 öppnades vid Sundbyberg en anstalt (*Margaretahemmet*) för fallandessjuka sinnesslöa barn, för hvilka likaledes undervisning gifves; flertalet af dessa barn hafva dock visat sig obildbara.

Från 1880-talet är vidare att anteckna ett *arbetshem* för manliga sinnesslöa, som 1893 öppnades i *Örebro*, och en skola för sinnesslöa, som af privat person öppnades 1895 vid *Stretered* i Bohus län; denna har emellertid från och med 1900 öfvertagits af Bohusläns landsting och stadsfullmäktige i Göteborg gemensamt.

År 1900 öppnades i *Norrköping* en skola för sinnesslöa barn, hvilka i olikhet med alla öfriga är externat, d. v. s. barnen gå blott till skolan för mottagande af undervisning och bo där icke. Förutsättningarna för denna form af skola för sinnesslöa är emellertid dels en stor stad, dels en något högre ståndpunkt hos barnen.

De senast tillkomna anstalterna äro upprättade af Västernorrlands läns landsting (1901), Västerbottens läns (1902) och Norrbottens läns landsting (1904).

Slutligen kan förtjäna nämnas, att i det af fru *Elisabet Anrep-Nordin* upprättade och ledda *skolhemmet för blinda döfstumma* äfven mottagas *blinda sinnesslöa*, hvilka här erhålla undervisning.

Som vi af denna öfversikt finna, har sinnesslövården i vårt land haft att glädja sig åt en relativt rask utveckling. Sålunda utgjorde antalet elever vid samtliga anstalter i riket år 1875: 49, år 1885: 234 (däraf 20 arbetselever), år 1895 572 (däraf 78 arbetselever) samt vid 1905 års slut 922, (däraf bortåt 240 arbetselever).

Anledningen till denna hastiga utveckling är otvifvelaktigt först och främst att söka däri, att dessa anstalter tidigt fingo *statsunderstöd*. Redan 1870 års riksdag anslog sålunda 2,500 rdr till Emanuella Carlbecks sinnesslöanstalt och sedermera fingo äfven andra anstalter bidrag. I midten på 1880-talet var anslaget sålunda höjdt till 25,000 kr., af hvilket samtliga anstalter skulle i främsta rummet erhålla 100 kr. för hvarje vid årets början intagen bildbar elev i åldern 6—15 år.

Vid 1892 års riksdag motionerade emellertid den om sinnesslövården så varmt nitälskande dåv. ryttmästaren *Casper Ehrenborg* om anslagets höjande till 70,000 att fördelas efter 200 kr. för hvarje skolelev. Riksdagen beslöt med anledning häraf tillsätta en kommitté, som 1894 afgaf ett betänkande af hufvudsakligt innehåll, att de bildbara sinnesslöas undervisning borde vara obligatorisk samt bestridas af skoldistrikt, omfattande minst ett landstings område eller stad, som ej i landsting deltager, med bidrag af statsmedel till ett belopp af 250 kr. årligen för hvarje skolelev, samt 100 kr. för hvarje arbetselev under högst 5 år (fallandesjuka borde dock hänvisas till särskilda anstalter af enskild natur). Från detta förslag afvek

K. Maj:ts proposition i ärendet, hvilken framlades för 1897 års riksdag, endast däri, att obligatorisk undervisning och skoldistriktet icke ansågs kunna ifrågasättas. I närmaste öfverensstämmelse med denna proposition beslöt nu riksdagen höja anslaget för sinnesslövården från 25,000 till 150,000 kr., på grund hvaraf K. Maj:t d. 28 maj 1897 utfärdade nådig kungörelse ang. anslag af allmänna medel åt uppfostringsanstalter för sinnesslöa barn och arbetshem för sinnesslöa.

Såsom villkor för åtnjutande af statsbidrag föreskrefs här bl. a., att *fallandesjuka* må vårdas i uteslutande för dem afsedda anstalter, att för *obildbara* statsunderstöd *ej* må sökas, samt att sådana skola skiljas från anstalten, att *vid anstalten skall vara anställd en legitimerad läkare*, att *barnens ålder vid intagningen ej får understiga 6 år och ej öfverstiga 12 år*, och att anstalten skall bestå af två afdelningar, profklassen, i hvilken barnen får kvarstanna högst 2 år, samt den egentliga skolafdelningen med 6-årig kurs. Inom kort gåfvo sig emellertid olägenheter af denna senare bestämmelse tillkänna, då det mången gång visade sig, att profelever efter två års tid icke voro tillräckligt mogna för en uppflyttning i den egentliga skolafdelningen utan att dock därför kunna anses obildbara. Röster höjdes därför för en utsträckning af proftiden till 4 år, hvilket dock afstyrktes af hr *Schuldheis* (hvilken sedan september 1900 varit inspektör öfver här ifrågavarande anstalter), i det han i infordradt utlåtande framhöll, att hvarje fixering af proftidens längd måste blifva godtycklig, hvarför han i dess ställe föreslog, att så snart tillförlitlig erfarenhet vunnits, att elev icke vore bildbar, den ej vidare finge åtnjuta statsbidrag, och att elev i uppfostringsanstalt finge åtnjuta statsbidrag i högst 8 år.

Beslut i öfverensstämmelse härmed fattades vid 1902 års riksdag.

I sammanhang härmed behandlade riksdagen frågan om utsträckning af tiden för meddelande af statsbidrag åt *arbetselever*. Bestämmelsen att sådant finge utgå endast under 5 år efter skoltidens slut hade nämligen väckt mycket bekymmer, då det visat sig, att eleverna rätt snart efter det de lämnat anstalten både beträffande kunskaper, färdigheter och seder förföllo till den grad, att den kostnad och den möda, som nedlagts på deras utbildning, kunde anses alldeles eller i väsentlig grad förspilda. På grund häraf föreslog hr *Schuldheis*, som fått i uppdrag att verkställa en utredning af frågan, ett understöd till nu stadgadt belopp för hvarje arbetshem för sinnesslö intagen elev, som genomgått med statsbidrag understödd uppfostringsanstalt eller annorstädes förvärfvat motsvarande utbildning, skulle utgå, intill dess denne anses kunna utan det skydd

och den ledning, som åtnjutits i arbetshemmet, bibehålla de färdigheter och goda seder han under sin utbildning förvärfvat. I öfverensstämmelse härmed framlades år 1904 proposition, hvilken af riksdagen ock bifölls.

I nuvarande stund stå de *svenska* anstalterna i allmänhet betydligt högre än de utländska. Undervisningspersonalen består till öfvervägande del af lärarinnor, hvilka i allmänhet genomgått småskolelärarinneseminarium, samt i ett flertal fall därjämte åtnjutit tvåårig undervisning vid seminariet i Stockholm för utbildning af lärare för sinnesslöa. Nyttan af den *teoretiska* undervisningen är nog i allmänhet ej så stor, då den delvis innefattar ämnen, om hvars verkliga innebörd de sinnesslöa svårligen kunna vinna någon föreställning (såsom t. ex. katekes) dock får den ej frånkännas en allmänt uppfostrande betydelse. Emellertid lämnar den *praktiska* undervisningen lyckligtvis mera direkta och påtagliga resultat; sålunda kan man få se synnerligen vackra prof på de sinnesslöas skicklighet i sömnad, stickning, väfning, träslöjd o. s. v.

För bibehållandet af dessa färdigheter är emellertid *ständig anstaltsvård* äfven efter den egentliga utbildningstidens slut nödig; något som emellertid tyvärr ännu synes vara otillräckligt beaktadt bland de sinnesslöas målsmän, för många af hvilka *konfirmationen* ter sig som slutmålet för de sinnesslöas utbildning, som ett slags mogenhetsbetyg, hvilket ställer de sinnesslöa på samma nivå som normala ynglingar och flickor. På grund af denna missuppfattning användes icke i önskvärd utsträckning den enligt ofvannämnda riksdagsbeslut numera medgifna rättigheten att under obegränsad tid få bibehålla de sinnesslöa å arbetshemmen. Möjligen skulle detta missförhållande i någon mån kunna afhjälpas, om en förhöjning i det onekligen väl knappt tilltagna anslagsbeloppet för arbetseleverna blefve företagen, hvilket också nu är det närmaste önskemålet.

Af samtliga å uppfostringsanstalterna intagna hade under åren 1901—1904 icke mindre än 28,1 % före afslutad skolkurs måst afgå på grund af obildbarhet. Att ett relativt så stort antal obildbara vunnit inträde å dessa anstalter har naturligtvis till en del sin orsak i den naturliga svårigheten att förutse de sinnesslöas bildningsmöjligheter, men beror därjämte utan tvifvel på den hittills förefintliga *bristen på asyler för obildbara*. I början gjorde man ej så skarp skillnad på de bildbara och de obildbara, men snart utvecklade sig anstalterna hufvudsakligen till skolor och finnes exempel härpå äfven beträffande sådana som ursprungligen inrättats som asyler. Af sådana finnes det ännu i denna stund endast en del smärre af privat natur, hvilka vid 1904 års slut tillsammans hade 163

skyddslingar. Orsaken till att omvårdnaden om de obildbara sinnesslöa hittills nått en så ringa omfattning är utan tvifvel till stor del att söka i den omständigheten, att det statsbidrag som tidigt nog utverkades för sinnesslöanstalterna icke kom asylerna till godo.

I sin ofvannämnda motion vid 1892 års riksdag angaf den framsynte dåvarande ryttmästaren *Ehrenborg* som ett framtida önskemål inrättandet af *fullständiga* sinnesslöanstalter, omfattande vid sidan af skolor äfven arbetshem och asyler för obildbara, men denna tanke vann då ingen anslutning.

En vid 1899 års riksdag väckt motion om statsbidrag åt anstalter för obildbara sinnesslöa hade emellertid mera framgång, i det en skrifvelse till K. Maj:t blef resultatet. I ett med anledning häraf infordradt yttrande (af den 17 sept. 1900) hemställde Medicinalstyrelsen, att statens omsorg om de sinnesslöa borde utsträckas äfven till de obildbara genom för dem afsedda asyler, som skulle anordnas i samband med förut befintliga skolor och arbetshem, och att statsbidraget för dem skulle sättas till högst hälften af den beräknade medelkostnaden för de obildbares vård eller intill 200 kr. årligen, samt att det skulle utgå utan hänsyn till ålder och så länge anstaltsvård efter vederbörligt pröfvande kunde anses behöflig. I ett nytt utlåtande af d. 8 dec. 1902 hemställde emellertid Medicinalstyrelsen, att statsbidraget för obildbara sinnesslöa skulle sättas till 250 kr. årligen. Detta blef äfven 1904 års riksdags beslut, så att man från och med 1905 års början har att räkna en ny period i den svenska sinnesslövårdens historia, i det man nu bör hoppas, att landstingen gå i författning om uppförande af asyler i samband med redan befintliga uppfostringsanstalter och arbetshem för sinnesslöa. En olägenhet, som nog skulle ge sig tillkänna i framtiden, vore dock, att sinnesslövårdens olika grenar icke äro underordnade en gemensam central myndighet, i det vården af de obildbara sorterar under Medicinalstyrelsen, vården af de bildbara åter under eklesiastikdepartementet.

Efter föredragets slut besågs arbetssalarne och elevernas arbetsprestationer, som fullständigt bekräftade hvad föredragshållaren härom yttrat.

———

Därpå fortsattes förhandlingarna å Uppsala hospital med ett inledningsföredrag *»om instruktionen för de blifvande hospitalsläkarna»* af hr *Nerander*. Under den därpå följande diskussionen framhölls svårigheterna att uppgöra en instruktion, gällande för samtliga hospitalsläkare, enär förhållandena tedde sig högst olika vid de olika anstalterna, hvarför diskussionen fick utgöra svar på frågan.

———

Hr Kinberg höll därefter ett föredrag om »*Behandlingen af kriminella sinnessjuka*». Då föredraget i sin helhet kommer att publiceras i denna tidskrift, återgifves i detta sammanhang endast slutsatserna, hvilka hade följande lydelse:

»De kriminella sinnessjuka böra behandlas enligt allmännna psykiatriska principer. För detta ändamål bör vid hvarje större straffanstalt finnas en sinnessjukafdelning under ledning af läkare med god psykiatrisk utbildning. Läkaren bör vara fullt självständig i alla frågor, som angå fångarnas hälsotillstånd. Sinnessjukafdelningen skall tjäna till upptagnings- och observationsanstalt för rannsaknings- och straffångar. De fångar som lida af kronisk och obotlig sinnessjukdom, skola öfverföras till hospitalet. De, som lida af akut sjukdom, skola i mån af utrymme behållas i fängelsets sinnessjukafdelning, i synnerhet om de kunna antagas bli till hälsan återställda före strafftidens utgång. Efter strafftidens slut får ingen fånge kvarstanna å fängelsets sinnessjukafdelning. Den tid, fånge vårdas å hospital, afräknas från strafftiden. Vid alla större hospital inrättas smärre afdelningar för särskildt farliga patienter, oafsedt om de äro kriminalpatienter eller icke. Det stora flertalet kriminella sinnessjuka kunna såsom från anstaltssynpunkt ofarliga vårdas å vanliga hospitalsafdelningar».

Efter föredraget följde en synnerligen liflig diskussion, som inleddes af hr *A. Petrén* med en *öfversikt af kriminalvårdens historia i vårt land*. Han erinrade därvid till en början om, att det icke varit från hospitalsläkarne, som initiativet till särskilda kriminalanstalter utgått, att det alltså icke varit önskan att få de vanliga sinnessjukanstalterna befriade från vissa besvärliga element, som gjort frågan aktuell i vårt land, utan att denna förts fram af riksdagen, hvilken — med anledning däraf, att dess revisorer fäst uppmärksamheten på, hurusom inom särskilda län iakttoges helt olika förfaringssätt med sådana häktade personer, hvilka på grund af sinnessjukdom blifvit för begångna brott otillräkneligförklarade men på samma gång såsom vådliga för allmänna säkerheten till K. B. öfverlämnade, i det att sådana sinnessjuka inom en del län blefvo å cellfängelset kvarhållna, till dess plats för dem kunde beredas å hospital eller asyl, inom andra åter genast brukade hemsändas till de kommuner dit de hörde, med anledning hvaraf det understundom händt, att dessa otillräkneligförklarade, medan man för dem inväntat plats å hospital, begått nya brott — i en skrifvelse af d. 9 maj 1900 gjort framställning till K. Maj:t att taga i öfvervägande, huruvida allmänna föreskrifter borde utfärdas, om hvad som bör iakttagas i fråga om förvarandet af dylika personer (samt om kostnaderna för deras vård).

I på grund häraf infordrade yttranden föreslogo några länsstyrelser den åtgärden, att för brott otillräkneligförklarade skulle erhålla plats å statens hospital och asyler före andra sinnessjuka, något som Medicinalstyrelsen emellertid i sin skrifvelse af den 31 maj 1901 på det bestämdaste afstyrkte, därvid anförande det — enligt talarens mening mycket goda skälet — att det icke kunde vara lämpligt att af hänsyn till dessa, som, enligt hvad erfarenheten visat, mycket ofta lede af medfödda abnormiteter eller af obotlig form af sinnessjukdom, ytterligare förlänga den redan nu ofta mycket långa väntetiden för andra sinnessjuka, hvilka på grund af sjukdomens natur och med hänsyn till möjligheten af hälsans återvinnande måste anses vara i synnerligen trängande behof af snar anstaltsvård, så mycket mer som dessa senare därvid ofta befunne sig under ännu ogynnsammare förhållanden än de, som voro förvarade å fängelset, och äfven för sin omgifning voro vida mer besvärliga än dessa.

I dess ställe ville Medicinalstyrelsen söka en utväg, hvarigenom å ena sidan lättare tillträde till offentlig sinnessjukanstalt skulle beredas här ifrågavarande kategori sinnessjuke, utan att å andra sidan därigenom öfriga sinnessjukas berättigade intressen lede skada, och ansåge styrelsen sig hafva funnit en sådan utväg i inrättandet af särskilda afdelningar, å hvilka då borde intagas: 1) sådana sinnessjuka, som förklarats för begånget brott otillräkneliga, och som skulle här kvarblifva, *såvida de ej efter närmare observation befunnes kunna och böra utskrifvas eller till vanliga hospitals- och asylafdelningar öfverflyttas*; 2) sådana för brott tilltalade personer, hvilkas sinnesbeskaffenhet pröfvats kräfva noggrannare observation och slutligen 3) sinnessjuka straffångar, hvilka uttjänat sitt straff eller hvilka på grund af särskilda omständigheter under strafftiden ej utan svårare olägenhet kunde inom fängelserna vårdas.

Talaren fann det program Medicinalstyrelsen i denna sin skrifvelse sålunda framlagt vara mycket förståndigt och kunde endast beklaga, att man vid dess realiserande icke tillräckligt fasthållit vid de däri uttalade synpunkterna; sålunda ansåge han den bestämmelsen mycket olämplig, att inga till den tredje af ofvannämnda kategorier hörande fall finge mottagas å Växjö kriminalasyl, oaktadt sinnessjukanstalternas mest besvärliga element ofta befunno sig just bland dessa, utan att endast *oräkneligförklarade* härvid finge komma i fråga.

Hvad nu dessa beträffar framginge det ju tydligt af den citerade skrifvelsen, att dessa kriminalafdelningar för många af dem vore afsedda att utgöra endast en genomgångsstation, så att blott sådana otillräkneligförklarade, hvilka ej utan olägen-

het kunde vårdas å de vanliga anstalrerna, skulle här ständigt förblifva. Detta syntes också talaren vara det enda riktiga, ty att fortsätta att hopa *alla* otillräkneligförklarade sinnessjuka å särskilda afdelningar vore ju dock orimligt, enär under sådana förhållanden antalet dylika platser ständigt skulle behöfva ökas, då ju redan nu mer än 60 årligen förklaras för begångna brott otillräkneliga, hvaraf flertalet väl äro i behof af anstaltsvård.

Äfven skulle ju ett sådant särskiljande vara fullständigt onödigt, då som bekant en stor mängd af dessa utan ringaste olägenhet kunna vårdas tillsammans med andra sinnessjuka, något som ju också är helt naturligt, då det härvidlag mycket ofta icke är fråga om förbrytarenaturer, utan om under hälsans dagar oförvitliga personer, hvilka blifvit kriminella blott och bart därför, att de, sedan en sinnessjukdom (såsom t. ex. dementria præcox) börjat utveckla sig, icke i tid blifvit omhändertagna, och det ju ligger i sakens natur, att dylika fall i allmänhet icke äro mera svårskötta än andra till samma sjukdomsform hörande, hvilka från början fått lämplig vård och för den skull icke hunnit blifva kriminella. Vidare betonade talaren, att det icke heller för alla sinnessjuka straffångar fordrades platser å särskilda afdelningar eller anstalter, då förbrytare, hvilka i fängelset sjukna uti dementia præcox (som ju är vanlig äfven som fängelsepsykos), i mån som sjukdomen progredierar, ofta bli mindre svårskötta, så att de med tiden utan olägenhet kunna vårdas å vanliga afdelningar. I stort sedt blir det därför endast för en mindre del kriminalpatienter, som särskilda afdelningar erfordras.

Hvad nu *Medicinalstyrelsens beräkning angående det behöfliga antalet platser* å dylika beträffar, kunde talaren icke finna, att den stode i samklang med den ofvannämnda planen för dessa afdelningars användning, enär man därvid utgått ifrån antalet kriminalpatienter, som vid tidpunkten ifråga funnes å statens hospital och asyler, utan framhöll, hurusom en beräkning angående antalet platser, som för otillräkneligförklarade behöfdes å särskilda kriminalafdelningar, i dess ställe borde vara baserad på en undersökning, huru många otillräkneligförklarade, som årligen behöfde mottagas från fängelserna, huru stor procent af dessa, som öfverhufvudtaget icke kunde öfverflyttas till vanliga afdelningar, samt slutligen huru lång vistelsen i genomsnitt behöfde blifva beträffande de öfriga, innan dylik öfverflyttning ägde rum. En dylik utredning saknades emellertid helt och hållet i Medicinalstyrelsens ofvannämnda skrifvelse.

Dess däri uttalade förhoppning, att den första kriminalasylen på 100 platser skulle under många år kunna afhjälpa de svåraste olägenheterna, syntes vidare talaren vara alltför

sangvinisk, då denna asyl ju i närvarande stund, om man medräknar exspektanterna, redan är i det närmaste fylld, hvadan man sedan omedelbart har att emotse samma olägenheter som förut, nämligen att de otillräkneligförklarade få stanna kvar i fängelserna under lång tid (eller också att de oaktadt sin samhällsfarlighet släppes lösa) — för såvidt man icke inom kort kan börja att delvis evakuera anstalten genom att till Korsberga öfversända fall som äro lämpade för familjevård — ty äfven sådana kunna naturligtvis förekomma bland otillräkneligeförklarade — och till de vanliga asylerna andra härför lämpade fall. Endast genom att pa detta sätt — *i noggrann öfverensstämmelse med Medicinalstyrelsens ursprungliga programförklaring i frågan* — låta Växjö kriminalasyl tjänstgöra som en *sorteringsanstalt för otillräkneligförklarade* kan den på längden fylla sin uppgift.

Med ett dylikt användningssätt komme emellertid gifvetvis materialet att med tiden blifva alltmera svårskött och härmed vore talaren inne på den för dagen brännande frågan: *Lämpar sig Växjö kriminalasyl, sådan den nu är organiserad, för detta ändamål,* är den alltså i stånd att, sedan den lämnat ifrån sig sina beskedligare patienter, i stället mottaga nya fall från fängelserna? Enligt talarens förmenande kunde man endast på *ett* sätt besvara denna fråga, sedan man varit i tillfälle se anstalten, *som ju saknar alla fastare inrättningar.* Det har ju också sports, att det redan med den nuvarande beläggningen har sina stora svårigheter att sköta den, och därför är det naturligtvis också omöjligt att *under nuvarande förhållanden* öka procenten svårskötta patienter.

I sin ofvannämnda skrifvelse har Medicinalstyrelsen framkastat planen att förutom Växjöasylen bygga ännu en kriminalafdelning på 100 platser i en nordligare del af Sverige. Talaren hoppades emellertid, att denna plan icke skulle komma att vidhållas, då en ny anstalt af »Växjötypen» icke skulle vara i stånd att befria de vanliga sinnessjukanstalterna från de kriminella element, som nu äro hindrande för en utveckling i humanitär riktning af vården a dessa, och betonade, att det viktigaste af allt uti denna fråga för närvarande vore att tänka på, hur man skulle ordna det för dessa mera farliga och rymningsbegärliga. Att därvid följa Tysklands exempel att i större afdelningar hopa sådana individer kan väl ingen, som sett en dylik afdelning, annat än frånråda, utan gifvetvis är det af d:r Kinberg i hans inledningsföredrag förordade systemet med små, fasta paviljonger, hvilka därtill äro uppdelade i flera afdelningar, det mest rationella. I stället för att enligt Medicinalstyrelsens plan bygga ännu en kriminalafdelning å 100 platser,

borde därför enligt talarens mening ett efter behofvet afpassadt antal dylika fastare paviljonger uppföras vid några större anstalter, hvarvid början borde göras med Växjö kriminalasyl, enär det vore en tvingande nödvändighet att utan dröjsmål aflasta denna genom att utvidga den med en dylik fast paviljong, om icke fängelserna åter skola börja att befolkas med sinnessjuka, som blifvit för begångna brott otillräkneligförklarade.

Talaren öfvergick därpå till *frågan om de sinnessjuka straff-fångarnas vård*, hvilken han från tvenne synpunkter fann viktigare än frågan om vården af de otillräkneligförklarade.

1) Som Medicinalstyrelsen själf anmärkt, vore det inom denna senare kategori mestadels fråga om kroniska, obotliga fall, medan straffångarnas psykoser däremot ofta vore af botlig art; under sådana förhållanden vore det så mycket mera trängande, att något gjordes för dessa stackars sinnessjuka, hvilka nu i fängelset understundom äro utsatta för den mest upprörande vanvård (såsom då de — när de äro störande för omgifningen — blifva inspärrade uti s. k. källarceller). Hvad som här behöfdes vore gifvetvis en särskild hospitalsafdelning, där straffången, så snart sinnessjukdom gifvit sig tillkänna, kunde få en ordentlig behandling med sängläge, öfvervakning, långbad, o. s. v., och borde denna anstalt förläggas vid ett fängelse, så att intagning därstädes och öfverflyttning från andra fängelser kunde ske utan alla formaliteter, och på det att straffången äfven finge medräkna sjukdomstiden. För närvarande befinner sig ju hospitalsläkaren härvidlag uti ett mycket svårt dilemma, ty skickar han den tillfrisknade straffången alltför fort tillbaka till fängelsecellen, är risken för recidiv mycket stor, medan å andra sidan dennes frihetsförlust blir ytterligare förlängd, i samma mån som hans konvalescenstid å hospitalet utsträckes. Visserligen har man ju, för att hindra detta, nådevägen att tillgripa, men det ligger ju i sakens natur, att denna icke kan blifva regel, liksom den öfverhufvudtaget icke lämpar sig i hvarje fall.

Vid ett fängelse, som erhölle en dylik hospitalsafdelning, måste naturligtvis fängelseläkaren hafva en grundlig psykiatrisk utbildning. För denne psykiater blefve det ju ock en stor fördel att äfven få tillfälle studera den s. k. »normale» brottslingen, något som vårt lands psykiatrici på grund af den nuvarande ordningen i allmänhet helt och hållet sakna.

Hvad så beträffar den tid, under hvilken de sinnessjuka fångarna skulle vårdas å detta fängelsehospital, borde vi naturligtvis akta oss för att göra samma inskränkning som man gjort i Preussen, där denna i regel är begränsad till 6 månader, så att om fången icke inom denna tid hunnit tillfriskna, han

i allmänhet blir öfverflyttad till en vanlig sinnessjukanstalt, ty skall fängelsehospitalet kunna uppfylla här ofvan antydda ändamål, måste alla botliga fall hafva rättighet att bli vårdade å detta under *hela* sjukdomstiden, för så vidt denna icke öfverskrider strafftiden. Däremot kan man naturligtvis icke, som t. ex. *Näcke* vill, sätta ifråga, att de sinnessjuka fångarna skulle få kvarstanna å fängelsehospitalet äfven efter strafftidens slut, då en persons kvarhållande å straffanstalt härutöfver alldeles strider mot gängse rättspraxis. För många af dem komme detta sålunda endast att blifva en genomgångsstation. Härvid borde för öfrigt åtskilliga kunna utrangeras snart nog, då det naturligtvis ej vore någon idé att å ett dylikt fängelsehospital behålla några obotliga fall, utan borde dessa, utan afseende, till strafftidens utgång öfversändas till de vanliga sinnessjukanstalterna, eventuellt till deras fasta afdelningar.

2) Som redan ofvan antydts höra just de sinnessjuka fångarna icke sällan till våra anstalters mest besvärliga element, rekryterade som de i allmänhet äro från vaneförbrytarnas led; särskildt stöter det ju, på grund af deras stora rymningsbegär, ofta på mycket stora svårigheter att kunna sysselsätta dem, då våra vanliga hospital och asyler ju icke äro organiserade med särskild hänsyn till sådana individer; organisationen af en anstalt måste emellertid g' vetvis anpassas efter materialets beskaffenhet och därför behöfves det platser å särskilda kriminalafdelningar äfven för dessa svårskötta och farliga straffångar.

Hvad som alltså med afseende på kriminalvården nu närmast behöfves i vårt land, vore enligt talarens mening dels *hospitalsafdelningar för nyinsjuknade straffångar vid en eller flera centralfängelser*, först och främst vid Långholmen, och dels *fastare paviljonger af lämplig storlek vid en eller flera sinnessjukanstalter*, till en början vid Växjö.

Talaren vore öfvertygad om, att ett dylikt program bättre än Medicinalstyrelsens plan med 2 kriminalanstalter å 100 platser hvardera skulle uppfylla de fordringar man har att ställa på en väl ordnad kriminalvård, nämligen 1) att befria fängelserna från otillräkneligförklarade, samhällsvådliga individer och 2) att befria de vanliga hospitals- och asylafdelningarna från element, som äro störande för vården å dessa, de månde sedan tillhöra de otillräkneligförklarades eller de sinnessjuka straffångarnas kategori eller i formellt hänseende alls icke vara kriminella eller hafva blifvit det först efter intagningen.

Herr *Stenbeck* invände mot herr Petrén, att icke blott den första af de i Medicinalstyrelsens af denne omnämnda skrifvelse anförda kategorierna mottages å Växjö kriminalasyl, utan att därstädes äfven flera observationspatienter varit intagna. Hvad

åter beträffade det förhållandet att inga sinnessjuka straffångar därstädes intagits, så berodde detta därpå, att man velat börja så småningom.

Herr *Lauritzen* ville, ehuru kriminalanstalten i Växiö varit i bruk endast en kort tid, på grund af de erfarenheter, som redan föreligga, instämma med inledaren. Lyckligaste lösningen vore att kriminalasylen i Växjö helt enkelt lades ner. Talaren uttalade sig vidare för inrättandet af små, fasta afdelningar i enlighet med inledarens förslag. Framhöll på grund af erfarenheter från Växjö olämpligheten af att vårda lugna och ofarliga kriminalpatienter på särskilda kriminalafdelningar, enär dylika lugna patienter kände sig illa behandlade på grund däraf, att de ej åtnjöte samma friheter som de lugna patienterna å de vanliga hospitalsafdelningarna.

Herr *Petrén* ansåg det vara svårt att sätta ifråga, att kriminalafdelningen skulle läggas ned, då Medicinalstyrelsen så nyligen gjort framställning till regeringen om behofvet af denna anstalt, och vidhöll fortfarande, att som situationen nu vore, det vore lämpligast att fullfölja Medicinalstyrelsens ursprungliga plan att låta anstalten fungera såsom upptagningsanstalt för otillräkneligförklarade.

Herr *Gadelius*, som varit medlem af den kommitté, som utarbetat planen till Växjö kriminalanstalt, framhöll att man inom kommittén varit så besjälad af humanitära synpunkter, att man vid förslagets utarbetande ej tillräckligt tagit hänsyn till de patienters samhällsvådlighet, som där skulle vårdas. Han vore emellertid nu öfvertygad om, att Växjö kriminalanstalt vore förfelad, och trodde liksom hr Lauritzen, att det blefve nödvändigt att nedlägga anstalten såsom kriminalanstalt och att i stället bygga fasta afdelningar. Han uttalade sig vidare för fängelseannex.

Herr *Lauritzen* replikerade hr Petrén, ansåg det olämpligt att bibehålla Växjö kriminalasyl såsom upptagningsanstalt för kriminalpatienter bland annat på grund af de långa forslingar, som däraf skulle bli följden; fann det då vara bättre att låta dessa patienter erhålla förmånsrätt vid intagning å vanligt hospital.

Herr *Norén* sade sig vara motståndare till fasta paviljonger för kriminalpatienter vid sinnessjukanstalter under åberopande af kriminalafdelningarna vid Düren och Berlineranstalterna. Ville icke ha in fängelseluften å våra hospital; ansåg det därför vara bättre, att alla svårare kriminalpatienter för alltid stannade kvar å fängelserna.

Herr *Kinberg* invände häremot, att han just på grund af sin kännedom af de af hr Norén nämnda anstalterna föreslagit

mindre, fasta paviljonger af Colins typ. Hemställde vidare, att föreningen skulle taga i öfvervägande, huruvida det icke skulle vara lämpligt, att föreningen redan nu uttalade sig mot uppförandet af ytterligare en anstalt af »Växjötypen».

Herr *Petrén* framställde förslag, att föreningen skulle i en skrifvelse till Fångvårdsstyrelsen framhålla nödvändigheten af, att ett fängelsehospital snarast möjligt blefve uppfördt.

Herr *Envall* underströk krafvet härpå och instämde jämte herrar Gadelius, Svensson och Kinberg i herr Petréns förslag.

Herr *Björck* ansåg det vara för tidigt att uttala en förkastelsedom öfver Växjö kriminalasyl, då den ju ännu icke ens vore fullbelagd och menade, att man borde afvakta ytterligare erfarenhet.

Herr *Kinberg* ansåg det icke vara nödvändigt, då man från utlandet har mer än nog af erfarenheter om dylika anstalter. Vidhöll emellertid icke sitt förslag om uttalande redan nu, då full enighet ju icke syntes kunna ernås.

Sedan diskussionen därmed afslutats, beslöt föreningen, att frågan skulle upptagas till förnyad behandling vid nästa årsmöte, och utsågs hr *Lauritzen* att därvid vara inledare. Vidare beslöts att i enlighet med hr Petréns förslag inlämna en skrifvelse till Fångvårdsstyrelsen och uppdrogs åt herrar Gadelius, Kinberg och Petrén att redigera denna skrifvelse, hvilken härmed återgifves:

Till Kungl. Fångvårdsstyrelsen.

Den 8 sistlidne juni diskuterade Psykiatriska föreningen vid sitt årsmöte i Uppsala frågan: »Om behandlingen af kriminella sinnessjuka» efter inledningsföredrag af d:r O. Kinberg. I detta uttalade denne som sin åsikt, att för en ändamålsenlig behandling af nämnda kategori sinnessjuka erfordrades: 1) under psykiatriskt skolad fängelseläkares ledning stående sinnessjukafdelningar vid de större centrala staffanstalterna och 2) smärre fasta afdelningar (för högst 15 patienter) vid ett tillräckligt antal hospital, afsedda för särskildt svårskötta och farliga patienter, oafsedt om dessa äro i teknisk mening »kriminalpatienter» eller icke.

I anslutning till detta föredrag och den därpå följande diskussionen beslöt Psykiatriska föreningen att till Kungl. Fångvårdsstyrelsen inlämna en skrifvelse, hvari föreningen uttalade sig för nödvändigheten af att vid något eller några af de större centralfängelserna inrättades afdelningar för sinnessjuka fångar.

Såsom stöd för denna sin uppfattning får Psykiatriska föreningen härmed anföra följande:

En mängd undersökningar från olika land hafva visat, att bland fängelsernas invånare finnes ett stort antal sinnessjuka, i allmänhet uppgående till omkring 5 % af hela antalet fångar. Detta förhållande medför gifvetvis mycket stora olägenheter såväl för straffanstalterna själfva som för de sinnessjuka fångarna, hvilka under nuvarande i vårt land rådande förhållanden icke erhålla den vård deras tillstånd kräfver. För att råda bot på detta missförhållande är det nödvändigt, att det, såsom flerstädes i Tyskland skett, vid själfva straffanstalten inrättas en särskild sinnessjukafdelning. Alla de dröjsmål, som nu förorsakas af de för intagning å vanligt hospital föreskrifna formaliteterna, samt däraf, att den sinnessjuka fången enligt gällande bestämmelser icke äger företräde framför andra sinnessjuka, utan måste invänta sin tur (ofta under en mycket lång tid, hvarunder alltså den för honom skadliga cellbehandlingen alltjämt fortsättes), skulle härigenom undanröjas, i det att hvarje sinnessjuk fånge skulle, utan alla formaliteter, intagas å detta fängelsehospital omedelbart efter det sjukdomen blifvit konstaterad. Emellertid vore det hvarken nödvändigt eller lämpligt, att alla sinnessjuka fångar kvarstannade här under hela sin fängelsetid, utan borde alla kroniska, obotliga fall (utom möjligen enstaka, särskildt svårskötta och farliga individer) öfverflyttas till vanlig sinnessjukanstalt, när man kommit till insikt om sjukdomens obotlighet. Däremot borde alla sådana fångar, hvilkas sinnessjukdom vore att anse som botlig, under hela sjukdomstiden, i den mån denna fölle inom fängelsetiden, fortfara att vårdas å fängelsehospitalet. Härmed skulle nämligen för den sinnessjuka straffången den stora fördelen vinnas, att han finge räkna sig till godo sjukdomstiden, medan under nuvarande förhållanden hans frihetsförlust blir förlängd med den tid, han vistas å hospital, en tid som dessutom ofta måste bli åtskilligt längre än själfva sjukdomstiden, då erfarenheten visar, att recidiv mycket lätt inträffar, om en under cellvistelse insjuknad person allt för snart efter inträdd symptomfrihet återsändes till fängelsecellen. För öfrigt finnes det helt säkert individer, som öfverhufvudtaget äro intoleranta mot cellbehandling, och hvilka sålunda efter en aflupen psykos till förebyggande af recidiv alltjämt behöfde kvarstanna å fängelsehospitalet, hvilket därför borde vara försedt äfven med en konvalescentafdelning.

Med framhållande af dessa synpunkter vill Psykiatriska föreningen därjämte erinra om, att detta ingalunda är första gången frågan om behandlingen af sinnessjuka fångar varit på tal i vårt land. Sålunda framhölls redan år 1900 af dåvarande Öfverinspektören för sinnessjukvården i riket, professor Teodor

Nerander, i hans till Kungl. Medicinalstyrelsen ingifna inspektionsberättelse lämpligheten af, att det för sinnessjuka straffångar anordnades särskilda afdelningar under sakkunnig psykiatrisk ledning vid en eller flera af de större straffanstalterna. Ungefär samtidigt framställde Kungl. Fångvårdsstyrelsen själf i en till Kungl. Medicinalstyrelsen ställd skrifvelse af den 12 juni 1900 förslag om inrättandet af en under fångvården lydande, för *sinnessjuka och ej fullt normala fångar* afsedd anstalt, dit de omedelbart vid sjukdomens konstaterande kunde förflyttas för erhållande af fullständig hospitalsvård. Till detta förslag ställde Kungl. Medicinalstyrelsen sig då i skrifvelse till Eder af den 17 oktober 1900 och den 20 september 1901 gynnsam (utom i hvad som anginge de »ej fullt normala») samt inbjöd Eder till samarbete. Psykiatriska föreningen, som icke känner anledningen till uppskofvet med realiserandet af detta Edert förslag, har härmed velat uttala önskvärdheten af, att frågan nu skyndsamt bringas till sin lösning, då föreningen, hvilkens ändamål enligt § 1 i dess stadga är att främja sinnessjukvården i vårt land, icke stillatigande kan förbigå det faktum, att den »vård», som för närvarande ägnas många sinnessjuka fångar, under en stor del af deras sjukdom är synnerligen olämplig.

Härvid vill Psykiatriska föreningen framhålla, att det första fängelsehospitalet lämpligen borde förläggas vid Långholmens centralfängelse, och att vid denna straffanstalt sedan borde anställas en läkare, som icke endast är skolad hospitalsläkare, utan därjämte äfven förskaffat sig en speciell rättspsykiatrisk utbildning, så att i händelse — som önskligt vore — Karolinska Institutet kunde utverka anslag till undervisning i rättspsykiatri för blifvande fängelseläkare, innehafvaren af denna plats, som ju finge det bästa materialet för en dylik undervisning, vore kompetent äfven för denna uppgift.

Med anledning af hvad sålunda blifvit anfördt får Psykiatriska föreningen — med påpekande af att ordnandet af vården för de otillräkneligförklarade kriminalpatienterna (antingen detta nu kommer att ske genom byggandet af flera sådana anstalter som Växjö kriminalasyl eller genom anordnandet af smärre »kriminalafdelningar» vid ett större antal hospital i enlighet med inledarens förslag, till hvilket flertalet af de i diskussionen deltagande anslöt sig, och för hvilket system äfven Kungl. Medicinalstyrelsen i den ofvannämnda skrifvelsen af den 17 oktober 1900 uttalat sig) på intet sätt sammanhänger med frågan om akut insjuknade straff- och rannsakningsfångars vård — härmed till Kungl. Fångvårdsstyrelsen framställa en anhållan, det Kungl. Styrelsen ville med det snaraste åter taga initiativ

till inrättandet af fängelsehospital vid en eller, om så skulle visa sig behöfligt, vid flere af rikets större straffanstalter, med början vid Långholmens centralfängelse.

Å Psykiatriska föreningens vägnar

Teodor Nerander

Per Gustafsson.

Därefter gjorde herr *Nerander* ett »*meddelande i betjäningsfrågan*», hvari han bland annat omtalade, att en sammanslutning mellan hospitalsbetjäningen pågick för åstadkommande af förbättrade lönevillkor och minskad arbetstid. Samtliga i diskussionen deltagande uttalade sig för att något borde göras för att tillmötesgå betjäningens önskningar, men något förslag framställdes icke, utan diskussionen fick utgöra svar på frågan.

Föreningen beslöt, att nästa årsmöte skall äga rum i Stockholm i slutet af maj eller början af juni 1908.

Sedan herr *Nerander*, som varit föreningens ordförande sedan dess tillkomst, undanbedt sig återval, utsågs till ordförande hr *Svensson*. Öfriga styrelsemedlemmar blefvo herrar *Björck* (vice ordf.), *A. Petrén*, *Norén* (sekreterare) och *Gustafsson* (kassör).

Till diskussionsämne vid nästa årsmöte antogos: »Farliga sinnessjukas vård i vårt land» (inledare herr Lauritzen).

»Frågan om särskild öfverstyrelse för rikets hospital och asyler» (inledare hr *A. Petrén)* samt »Om reformering af den rättspsykiatriska sakkunnigeinstitutionen i vårt land» (inledare ej bestämd).

Några reflexioner med anledning af Medicinalstyrelsens senaste beslut i familjevårdsfrågan.

Af

Alfred Petrén.

I en skrifvelse af den 27 mars 1907 har Kungl. Medicinalstyrelsen — med anledning däraf att Öfverinspektören för sinnessjukvården i riket Medicinalrådet *Schuldheis* i sin berättelse för år 1906 fästat uppmärksamheten därpå, att stagnationen å statens anstalter för sinnessjuka blifvit allt svårare, och att det torde vara fara värdt, att utrymmet å dessa skulle

komma att visa sig otillräckligt, äfven sedan Medicinalstyrelsens plan till den offentliga sinnessjukvårdens ordnande blifvit genomförd — gjort hemställan till psykiatriska föreningen, att den måtte upptaga *frågan om ordnandet i större utsträckning är hittills af organiserad, under offentlig kontroll stående familjevård af sinnessjuka* till diskussion vid sitt förestående årsmöte den 7—8 Juni samt till Styrelsen insända den resolution, som med anledning af den förda diskussionen kunde komma att fattas.

Som af det i detta häfte af tidskriften synliga referatet öfver ifrågavarande årsmöte synes, *beslöt föreningen* med anledning häraf att — med hänsyn därtill att frågan vore både svårlöst och föga utredd — *hemställa, det Kgl. Medicinalstyrelsen täcktes tillkalla sakkunniga i och för en noggrann undersökning af möjligheterna för anordnande af familjevård vid och omkring de olika anstalterna.*

I stället för att mottaga den sakkunskap, psykiatriska föreningen sålunda erbjudit Medicinalstyrelsen, har denna på ingifvelse af en vid årsmötet närvarande föreningsmedlem t. f. öfverläkaren vid Piteå hospital och asyl Axel Manfred Lundgren hos Kungl. Maj:t anhållit att — till anordnande, försöksvis under år 1908, af familjevård i enlighet med de för kolonien i Korsberga gällande bestämmelserna, i tillämpliga delar, vid de anstalter, utom Växjö, där sådant, efter vederbörande direktioners hörande, kan anses möjligt och lämpligt — få af förslagsanslaget till hospitalens underhåll för nämnda år *disponera en summa af högst 30,000 kronor till fördelning mellan de olika hospitalsdirektionerna* efter från dessa infordradt förslag. *Denna anhållan har nu också blifvit af Kgl. Maj:t bifallen.*

Granskar man nu närmare den skrifvelse, i hvilken den sålunda beviljade summan begärts, finner man till sin förvåning, att Medicinalstyrelsen har för afsikt att använda denna icke endast till afgifter åt de värdfolk, som mottaga patienter i inackordering, utan äfven till läkare m. fl., för resor i och för tillsyn af dessa. Denna passus jämte en annan däri det säges, att *till en början* naturligtvis icke centralhem kan vara behöfligt (hvilket yttrande ju innebär, att anordnandet af dylikt med tiden kunde blifva lämpligt), synes mig tyda på, att det närmast är »*Korsberga-typen*», som föresväfvat författaren till skrifvelsen i fråga. Att vid detta system *med familjevården liggande vidt aflägsen från moderanstalten* såväl centralhem som ersättning åt läkaren för dennes månatliga inspektionsresor, hvilka taga flera dagar i anspråk, äro nödiga, ligger ju i sakens natur. Frånsedt de extra kostnader, som blifva en följd af dessa förhållanden, har systemet i fråga

äfven den stora olägenheten, att läkarens kontroll öfver vårdarhemmen och tillsyn öfver de sjuka blir mindre effektiv. *Af dessa skäl bör Korsberga-typen så vidt möjligt undvikas.*

Härmed vill jag dock ingalunda hafva uttalat något klander mot de kolleger, hvilka vi hafva att tacka för tillkomsten af denna vår familjevård, nämligen hospitalöfverläkaren *Lindell,* hvilken — enligt hvad han upplyst mig — har prioritetsrätt till idén, och professor *Gadelius,* hvilken såsom öfverinspektör tog initiativet till dess införande. Tvärtom tror jag, att det var synnerligen välbetänkt, att vid det första försök, som gjordes med denna nya vårdform i större skala, välja en trakt, där befolkningen af gammalt varit van att sköta sinnessjuka, då vårdformens vidare framgång i vårt land gifvetvis i mycket skulle blifva beroende af, huru det första försöket utföll.

Emellertid kan Korsberga-familjevåden aldrig anses tillfredsställande ordnad, förr än den fått sin egen läkare på platsen, hvilket emellertid (för att denne skall få tillräcklig sysselsättning) förutsätter, att de utackorderade patienternas antal ökas till minst ett par hundra, samt att den lilla centralen utvidgas till en liten särskild anstalt, hvilkens platsantal dock icke behöfver vara stort, om dess uppgift endast blifver att utgöra en genomgångsstation för sådana patienter, hvilka såsom lämpliga för familjevård hit öfversändas från andra anstalter, och icke att upptaga nyinsjuknade fall, hvilket ju vore mindre lämpligt, då läkaren till stor del finge sin verksamhet utanför anstalten. Förslag i denna riktning framställdes af mig redan för ett par år sedan, då jag efter en studieresa i Preussen redogjorde för därvarande familjevård[1]), och synas meningarna härom numera icke vara delade, då såväl frågans inledare vid ofvannämnda årsmöte Öfverinspektören *Schuldheis* som ock flera i diskussionen deltagande uttalade sig för behöfligheten af en centralanstalt med egen läkare i Korsberga. Då man alltså nu kommit till allmän insikt om de olägenheter, det där pröfvade systemet medför, och just är betänkt på att afhjälpa dessa, böra vi väl akta oss för att på annat ställe återupprepa denna typ af familjevård.

Det är egentligen 2 typer af familjevård, som äro efterföljansvärda, nämligen *Uchtspringe-typen* och *Iltener-typen.* Med den förra menar jag systemet att åt till anstalten hörande skötare uppföra familjebostäder mot villkor, att dessa i inackordering mottaga patienter (hvilkas antal därvid varit bestämdt

---

[1]) *Alfred Petrén:* Om organiserad och under regelbunden sakkunnig kontroll stående familjevård för sinnessjuka och sinnesslöa. Hygiæa, december 1905.

till 3). Denna art af familjevård är ju redan sedan flera år införd i vårt land af *Envall,* hvadan det alltså är Kristinehamns hospital, som äger den äldsta familjevården i vårt land. I början omfattade denna endast 6 patienter (fördelade på 2 familjer), men för ett par år sedan uppfördes ytterligare 2 bostadshus för hvardera 2 familjer, så att antalet i denna strax invid anstalten belägna »vårdar-by» inackorderade numera utgör 18. Äfven vid Piteå hospital och asyl äro numera patienter inackorderade hos skötare under samma förhållanden.

Denna familjevårdstyp synes mig nu böra kunna införas vid alla våra sinnessjukanstalter (utom vid Malmö asyl), och hade jag varit närvarande vid årsmötets första dag (då jag emellertid tyvärr var förhindrad), skulle jag föreslagit föreningen att *i denna punkt* göra ett bestämdt uttalande, då detta system väl får anses vara tillräckligt pröfvadt äfven hos oss, och då jag tror, att en dylik resolution från föreningens sida skulle påskyndat uppförandet af dylika bostäder vid flera hospital. Beräkna vi nu, att allt efter anstalternas storlek 6 à 12 familjebostäder blefve uppförda vid hvarje, erhöllo vi ju härigenom minst 2 à 300 platser, då antalet af våra anstalter med frånräknande af Malmö (och Visby) ju för närvarande utgör 11.

Hvad nu den ekonomiska sidan af detta system beträffar, så besparas ju här icke anläggningskostnaderna, hvilka tvärtom blifva afsevärdt höga pr plats, men till gengäld vinnes ju den fördelen, att familjebostäder beredas en del af skötarpersonalen, hvilket ju är af största vikt för att hindra de nu på många håll allt för täta ombytena. Äfven medför systemet den stora fördelen, att de på detta sätt utackorderade patienternas arbetskraft fortfarande till större delen kommer anstalten till godo (på grund hvaraf också afgifterna för patienterna borde kunna sättas högre än eljest vid utackordering).

Det andra systemet med familjevård, vi böra efterlikna, är det från *Ilten* ursprungligen hämtade, hvilket numera är flerstädes infördt såväl i åtskilliga preussiska provinser som i andra tyska länder, och som består däruti, att de sjuka utackorderas uti invid anstalten befintlig smärre stad eller i på högst $^1/_2$ à 1 mils afstånd därifrån belägna byar, *så att anstalten alltså själf tjänstgör som central,* och dennas läkare och betjäning tillse de i familjevården befintliga patienterna.

Att å plats, där *detta* system införes, rese- och dagtraktamentsersättning skulle utgå till vederbörande läkare kan väl knappast vara Medicinalstyrelsens mening, då inspektionsresorna under nämnda förhållanden ju ej komma att taga mer än några få timmar i anspråk, och, om — som sig bör — anstaltens

skjuts användes för detta ändamål, icke medföra några kostnader alls. Det vore väl också egendomligt och föga rättvist, om den läkare, som vissa dagar, i stället för att vara med om ronden på anstalten, gjorde besök uti familjevården, härför skulle erhålla ett extra arvode af 10 kronor pr dag. Och hvar skulle man för öfrigt härvidlag draga gränsen? Skulle dessa 10 kronor utanordnas äfven vid besök i skötarfamiljerna eller i invid anstalten belägen stad eller först vid besök uti de på något afstånd liggande byarna? Att anstalten härvid skulle betala eventuella utgifter för resa (om t. ex. skjuts behöfde lejas) är ju självklart, men hur dagtraktamente, som ju afser att lämna ersättning för kostnader för mat, logis, o. d., skulle kunna utanordnas, när några sådana ej förekomma, är däremot svårt att inse.

Äfven tror jag, att denna extra betalning utöfver den af riksdagen fastställda lönestaten skulle få den olägenheten med sig, att det blefve mindre garanti för att just *den* af anstaltens läkare, hvilkens personlighet vore bäst lämpad för värfvet ifråga, finge detta sig anförtrodt. Af Medicinalstyrelsens ofvan omnämnda skrifvelse synes framgå, att den anser, att öfverläkaren i regel skulle vara den mest lämpliga att tillse familjevården. Äfven om detta ofta skulle vara fallet, vore det dock egendomligt, om så öfverallt och alltid skulle vara förhållandet. I fråga om större anstalter skulle det också kunna sättas ifråga, om det icke vore rent af olämpligt, att öfverläkaren delvis finge sin verksamhet förlagd utanför anstalten. Å andra sidan fordras det naturligtvis alltid, att den läkare, som får sig familjevården anförtrodd, icke har alltför ringa erfarenhet.

När jag nu talar för Iltener-systemets införande i vårt land, inser jag emellertid till fullo, att det ej kan vara tillämpligt vid alla våra anstalter, helt naturligt, då dessa ju hafva blifvit planlagda på en tid, då man ej alls hade för ögonen denna uppgift för en sinnessjukanstalt. Öfverallt där denna icke ligger invid en *mindre* stad, eller där byar i dess närhet saknas, är sålunda denna familjevårdstyp ogenomförbar. Vid dylika anstalter måste man alltså låta sig nöja med Uchtspringe-typen. Det antal familjevårdsplatser, man enligt denna kan skaffa en anstalt, bör väl också vara tillräckligt för att mottaga de konvalescenter och periodici, för hvilka familjevård är indicerad, och hvilka gifvetvis, så länge de icke kunna helt utskrifvas, böra kvarstanna vid den anstalt, där de under sin sjukdom, resp. under tidigare sjukdomsfall, vårdats.

Hvad åter beträffar dessa lugna och beskedliga af mer eller mindre höggradig demens lidande, hvilka icke kunna hemsändas, men väl placeras i en kontrollerad familjevård,

är det däremot icke nödigt, att dessa stanna kvar just vid den anstalt, å hvilken de en gång blifvit intagna, utan böra lika väl kunna öfversändas till familjevård vid för denna vårdform i större utsträckning lämpade anstalter inclusive Korsberga efter den därstädes tillärnade utvidgningen med egen läkare. För att denna utvidgning skall kunna komma till stånd fordras det ju också, att öfverflyttningar dit från andra anstalter fortsättas.[1]) Från denna synpunkt sedt vore det sålunda ej ens lämpligt, att hvarje anstalt finge sin egen familjevård utöfver Uchtspringe-systemet. Kunna vid en del anstalter Iltener-systemet icke införas, utan att läkarnas antal ökas, vore det äfven ur sparsamhetssynpunkt fördelaktigast, att af dylika anstalter blott de, som *bäst* lämpa sig för denna vårdform, erhölle dylik, men att dessa då, mot det att en läkare tillkom, också mottogo patienter från andra anstalter till utackordering.

Af alla våra anstalter synes mig nu *Vadstena* vara bäst lämpad för familjevård i större utsträckning, enär både befolkningen af gammalt är van att umgås med sinnessjuka, och de lokala förhållandena i öfrigt äro synnerligen gynnsamma, i det att staden, liten, tyst och idyllisk, lämplig för inackordering af kvinnliga sjuka, ligger alldeles invid anstalten, ja emellan dess båda könsafdelningar, medan det i olika riktningar på ett afstånd af 5—8 kilometer från staden finnas byar, lämpliga för inackordering af manliga patienter (sålunda ligger norr om staden på 6—7 kmtrs afstånd Hagebyhöga och Aska med flera smärre jordbrukare och västerut på c. 8 kmtrs afstånd (eller sjövägen c. 20 minuters roddtur) Östnässjö, samt österut på 6 à 7 kmtrs afstånd Thestorpa och Bonderlunda, äfvenledes med smärre jordbrukare).

Emellertid får man ej glömma, att — såsom det under min studieresa öfverallt betonades för mig, — all familjevård, för att fungera väl, i synnerhet i början bör utvidgas endast så småningom, hvadan det torde vara allt för sangviniskt att påräkna, att genom dess införande kunna i hast aflasta anstalterna i någon högre grad. Detta bör emellertid icke vara någon anledning att uppskjuta *planläggningen* betr. familjevårds införande i större utsträckning än hittills i vårt land, utan snarare att påskynda den.

Hvad som nu härvid enligt min mening *oförtöfvadt* bör göras är — förutom begärandet af anslag till familjebostäder för ett visst antal gift betjäning vid hvarje anstalt, till utvidg-

[1]) Dylika hafva nämligen redan förekommit, i det att under förra året från Lunds och Vadstena sinnessjukanstalter hvardera 10 män samt från Uppsala hospital och asyl 10 män och 10 kvinnor blefvo dit öfverflyttade.

ning af centralen i Korsberga och till en hospitalsläkarelön därstädes — *dels en utredning af antalet å de olika anstalterna befintliga patienter, som passa för familjevård,* och *dels en undersökning, hvilka anstalter som lämpa sig för införandet af Ilteuersystemet.* Denna hade ju bäst skett med tillhjälp af därtill särskildt utsedde sakkunnige i öfverensstämmelse med psykiatriska föreningens uttalade önskan. Den väg, hvilken Medicinalstyrelsen nu i stället beträdt, synes mig emellertid erbjuda långt mindre garanti för, att familjevården öfverallt kommer att bli ordnad på det ändamålsenligaste sättet. Äfven äro de två ofvan anförda passus i Medicinalstyrelsens skrifvelse särskildt ägnade att i detta hänseende inge farhågor.

Berlin 18—19 oktober 1907.

Bokanmälan.

Några ord om sjukvårdens principer af *Hugo Toll. Nordin och Josephson.* 268 sid. Pris 4: 25 kr. i klotband.

Man får ofta det intryck att läroböcker äro tillkomna genom att deras författare studerat ett stort antal erkända föregångare på området och härefter sökt göra något riktigt utmärkt genom att taga det bästa af dem alla. Och trots detta eller kanske snarare just därför äro goda läroböcker så sällsynta. Förebilderna hämma individualiten och leda från början tankarna in i gamla och välkända banor. Det hela blir slentrian efter en erkänd läroboksschablon, där man endast här och hvar, nästan med öfverraskning, skymtar författarens personlighet.

Tolls bok däremot är i ordets egentligaste bemärkelse originell. På hvarje sida och hvarje rad möter man en utpräglad personlighet, som helt visst lärt vida mer af lifvet än af böcker. Här finns intet spår af slentrian och inga erkända förebilder. Allt är personligt och eget ända till den grad, att helt visst de flesta — ty slentrianen sitter dess värre djupt i oss alla — i början häpna och fråga sig: är detta en lärobok? Lämpar sig detta för sjuksköterskor?

Svaret på den första frågan ges af bokens hela väsen. Skulle det lyckas någon att ej upptäcka detta själf, kommer författaren till hjälp — ehuru trogen sin princip: *tänk själf!* först på sista sidan — där han säger: »Min bok är en lärobok och en läsebok, kanske förnämligast det sista. Den bör liksom alla böcker snarare *tänkas* igenom än läsas. Den är ingen läxbok.»

Något dylikt är helt visst afsikten med många läroböcker, men det är långt ifrån alltid afsikten lyckats så som i Tolls bok. Han har i ovanlig grad lyckats flytta lifvet och praktiken in på sina blad och låta läsaren lära däraf. På detta sätt inbjuder boken osökt att tänkas igenom, och jag vet ej hur den elev skulle vara skapad, som fölle på idén att lära sig några af dessa sidor utantill för att vara riktigt säker på att »svara rätt».

Den andra frågan sammanhänger med ett spörjsmål, som onekligen tränger sig fram vid läsandet af boken. Till hvem talar egentligen författaren? Redan på titelbladet säger han, att boken är afsedd för »sjukvårdselever *m. fl.*» (kurs. af mig) och genom hela arbetet använder han sedan det något obestämda uttrycket »sjukvårdaren», mycket ofta »vi sjukvårdare». Utan tvifvel har afsikten ursprungligen varit att skrifva för sjuksköterskor, men under arbetets gång synes det mig liksom ha vuxit ut öfver den ursprungliga ramen. Det är ingen »läxbok» för en viss kategori. Det är sjukvårdaren Tolls erfarenhet som läkare och lärare och icke så litet af hans därur vunna lifsåskådning, som gifves läsaren på dessa sidor till tjänst för alla och en hvar, som kan och vill lära däraf. Och det kunna vi alla, som äro sjukvårdare, och dem af oss, som tilläfventyrs icke äro det, kanske allra mest.

Naturligtvis måste man dock hålla fast vid, att boken först och främst är afsedd för sköterskor. Att den i hög grad är ägnad därtill är för mig höjt öfver allt tvifvel. Just ur denna synpunkt ger den emellertid kanske rum för några invändningar.

Det synes mig som om förf. — egentligen i sina två första kapitel — söker att ge mer, än eleverna torde kunna ta emot. Detta gjorde väl i och för sig ingenting, om följden endast blefve icke förstående och ej missförstående. Studiet af kapitlet om »cellerna och deras lif» torde dock alltför lätt kunna bli det senare. Förf. söker här på några få sidor att klargöra begreppen »kraft» och »materia» samt »lifvet» som en »egenartad princip» och han vill visa, hurusom kännedomen om cellerna och deras lif är underlaget för vårt vetande såväl om lifvets fysiologiska och patologiska yttringar som i mångt och mycket ock för vårt terapeutiska handlande. Allt detta är emellertid från vetenskaplig synpunkt sett så ofärdigt, att jag tror att ett populariserande är en svår, om ej olöslig uppgift. Jag menar icke, att förf. sagt något, som han ej kan försvara, och ej heller, att han af en i kunskap längre kommen skall blir missförstådd, men att man i en så kort framställning som denna icke kan meddela alla de kunskaper, som äro nödvän-

diga för att en på området mindre bildad skall utan missförstånd kunna fatta sammanhanget mellan vår kunskap om cellen och dess lif och vår förmåga att dirigera detta lif t. ex. i en terapeutisk akt. Det skulle icke förvåna mig, om behållningen af detta kapitel för mången läsare blefve en öfvertygelse, att den enskilde läkaren vid sjukbädden i hvarje särskildt fall tänker och handlar hufvudsakligen på grund af sin förståelse af dessa underbara celler, som man icke kan se, men som dock ha sin »egen anatomi» och sitt eget »individuella lif», något som allt för lätt kan få det obegripligas mystik öfver sig. Ett resultat alltså, så motsatt det af förf. afsedda som är tänkbart.

Samma verkan torde en del uttryck kunna få som knappt äro alldeles fria från en viss grad af öfverspändhet. Jag tänker på sådana, som att sjukdomen är »ett brott mot någon af lifvets lagar», hvarför sjukdomen af en f. ö. normal människa måste kännas »såsom en skam», något, som man »ej gärna talar om.» Äfven här är det ej frågan om, att förf. *behöfver* missförstås, men den relativt obildade har ofta lätt för att skapa dogmer af därtill ägnade satser, och sådana satser som dessa kunna ovanligt lätt anknytas till föreställningar, hvilkas fanatism och vidskepelse städse varit sjukvårdarens fiender.

Att dessa fel — om jag nu har rätt uti att de äro sådana — icke på något sätt ge sin prägel åt boken, torde af det föregående tillräckligt ha framgått. Jag har framhållit dem endast därför, att de synas mig i viss mån motverka bokens stora hufvudsyfte, att bilda sköterskor, icke till blindt troende, utan till själfständigt tänkande sjukvårdare, som »veta åtskilligt», »kunna mycket» och »*förstå* allt, hvad de göra och låta».

Ett refererande af innehållet i detalj förbjuder dessvärre utrymmet. Jag har endast med dessa rader velat framhålla, att detta är en bok, i hvilken ej blott sjuksköterskor, utan äfven många läkare — i alla fall har det varit fallet med undertecknad — kan erhålla nya synpunkter och äfven nyttiga kunskaper. Jag framhåller i sistnämnda afseende särskildt kap. om bad och tvättningar, kap. om hur aseptik kan utöfvas under brydsamma förhållanden m. fl. Särskildt skulle jag vilja rikta en uppmaning till de universitetslärare, som enligt den nya undervisningsplanen skola ge kurser i sjukvårdsteknik, att begagna Tolls bok. Den' torde vara ägnad att stämma om tonen på många, som nu med outsägligt förakt tala om »lavemangskurser».

Hj. Forssner.

Hvarjehanda notiser.

Nordvästra Skånes läkarförening hade den 12 dennes ett talrikt besökt möte i Helsingborg under ordförandeskap af regementsläkare Möller.

En liflig diskussion uppstod om tuberkuloskommitténs betänkande och förslag till åtgärder för människotuberkulosens bekämpande, hvilken diskussion främst kom att på basis af kommitténs betänkande röra sig om förhållandena i Helsingborg. Föreningen beslöt uppdraga åt styrelsen att till Allmänna Svenska läkarföreningens styrelses kännedom (därifrån en skrifvelse i frågan inkommit) bringa föreningens uttalande af sympati för tuberkuloskommitténs förslag samt dess uppmaning till sina medlemmar att de i sin mån verka i den riktning förslaget åsyftar.

Den från sammanträdet den 8 sistlidne juni bordlagda skrifvelsen från Allm. Svenska läkarföreningens styrelse med anhållan om yttrande öfver doktor C. Sundells förslag angående kollektivackord företogs nu till behandling, och efter en stunds diskussion, hvarunder framdrogs åtskilliga exempel på nuvarande oefterrättlighetstillstånd samt framhölls vikten af att i tid något göres till förhindrande af ett sådant tillstånd i berörda afseende, som är rådande exempelvis i Tyskland, beslöt föreningen enhälligt att uttala sin anslutning i hufvudsak till doktor C. Sundells förslag.

Gestriklands läkarförening sammanträdde i Gefle den 11 okt. Därvid upplästes och diskuterades en cirkulärskrifvelse från styrelsen för Allmänna Svenska läkarföreningen angående kollektivackord. I allmänhet uttalades den åsikten att kollektivackord borde bibehållas ehuru på särskildt bestämda villkor. För att till nästa sammanträde inkomma med ett förslag till uttalande i ämnet tillsattes en kommitté, bestående af hrr A. Larson, R. v. Post, K. Kastman och R. Hartelius. D:r Lindström demonstrerade en del å lasarettet tagna Röntgenfotografier.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes; [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Extra prov.-läk.-tj:n i Valdemarsviks distr. (ledigförklarad på grund af ny femårsperiod)	28 okt.
Tränne underläk.-tj:r v. Kristinehamns hosp.[3]) tillträdas 1 jan.; löneförmåner: 2,500 kr. — för lic. 3,000 kr. — jämte bostad och kost samt 200 kr. i kostförbättringspenningar)	30 okt.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Uddevalla[3]) (löneförmåner: 2,000 kr. jämte bostad, frukost- och aftonspisning + 450 kr. i kostpenningar)	31 okt.
Två bataljonsläkartjänster vid Norrlands trängkår[1])	1 nov.
Två bataljonsläkartjänster vid Östgöta trängkår[1])	1 nov.

En bataljonsläkartjänst vid Västmanlands trängkår[1])	1 nov.
En bataljonsläkartjänst vid Göta trängkår[1])	1 nov.
Underläk.-tj:n v. Stockholms stads epidemisjukhus (sökes hos hälsov.-nämnden)	6 nov.
En bat.-läk.-tj. v. Norrbottens reg:te[1])	7 nov.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Härnösand[6]) (ånyo ledigförklarad; löneförmåner: 2,000 kr. jämte bostad och kost)	11 nov.
Extra prov.-läk.-tj:n i Enångers distr.[2]) (för tiden t. 1/10 1908; distr. omfattar Enångers o. Njutångers socknar + större delen af Nianfors kap.-församling af Gäfleborgs län med 3,268 invånare den 1 jan. 06; löneförmåner: 2,625 kr. + fri bostad)	18 nov.
Extra prov.-läk.-tj:n i Malå distr.[2]) (ånyo ledigförklarad för tiden t. o. m. 1911; distr. omfattar Malå socken af Västerbottens län med 2,680 invånare 1 jan. 05; löneförmånar 3,000 kr. jämte 300 kr. i hyresersättning)	18 nov.
Reg:tsläk.-tj:n v. Boden-Karlsborgs art.-r:e[1])	18 nov.

Af Med.-styr:n utnämnda och förordnade:

Till biträd. prov.-läk. i Vänersborgs distr.: hosp.-underläk. *B. Högrell.*
Till las.-underläk. i Visby (ett år från 18/10); reg:ts-läk. v. Norrbottens r:te *Gustaf Andersson*, som af Kungl. Maj:t beviljats ett års tj:ledighet från sin reg:tsläk.-tj.

Apoteksprivilegier tilldelade:

Exam. apotekaren *W. Sundéli* å apoteket i Tingsryd.
Exam. apotekaren *G. A. Helmer* å apoteket i Delsbo.
Exam. apotekaren *A. S. Andersson* å nya apoteket i Dannemora.

Af vederbörande myndighet antagna:

Till ex. prov.-läk. i Kyrkhults distr. ex. prov.-läk. i Klintehamns distr. *Ernst Kinnvall.*

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Prov.-läk. i Skogs distr. m. m. *Emil Adrian Berglund* (18/10).
Biträd. prov.-läk. i Vänersborgs distr. m. m. *H. Jennische* (31/10).

Af Med.-styr:n upprättade förslag:

Till erhållande af *resestipendier* för civila läkare under 1908; docenten Key (det större) och biträd. hosp.-läk. Gustafsson (det mindre).

Sökande:

Till *prov.-läk.-tj:n i Målilla distr.* (i ordn. efter tj:år): prov.-läk. Tollin i Slite, ex. prov.-läk. Lindwall i Rättvik, prov.-läk. Melén i Hede samt ex. prov.-läkarna Behrman i Kungsör och Werner i Edefors.
Till *ex. prov.-läk.-tj:n i Malå distr.*: ingen sökande.

Legitimerade:

Lic. *Klas Nylén* (ex. v. Karol. institutet).

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *E. Uddenberg* t. f. stadsläk. i Varberg 16 okt.—16 nov. (t).
Lic. *O. Aleman* t. f. las.-läk. i Sollefteå 1 nov.—7 dec. (t).
Lic. *Th. Byström* t. f. prov.-läk. i Vingåkers distr. 12 nov.—11 dec. (s).
Lic. *G. Wirde* t. f. prov.-läk. i Klintehamns distr. 20 okt.—31 dec. (v).
Marinläk. *V. Asklin* t. f. stadsläk. i Haparanda 1—31 okt. (t).
Lic. *J. Billström* t. f. amanuens v. Stockholms hosp.
Lic. *G. Lindgren* t. f. las.-läk. i Norberg 24 okt.—7 dec. (t).

Öfversikt af sammandragen af epidemirapporter

för halfva månaden 16—30 sept. 1907.

	Städer.					Landsbygd.				
	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa
Stockholm	2	15	46	—	63	—	—	—	—	—
Stockholms län	—	6	2	—	8	9	2	18	—	29
Uppsala	—	—	5	—	5	2	2	—	—	4
Södermanlands	2	1	25	—	28	—	3	11	—	14
Östergötlands	3	—	8	—	11	6	2	3	—	11
Jönköpings	—	8	19	—	27	—	—	8	—	8
Kronobergs	—	—	8	—	8	—	25	7	—	32
Kalmar	5	—	1	—	6	5	1	35	—	41
Gotlands	—	—	—	—	—	—	6	—	—	6
Blekinge	—	3	3	—	6	—	1	13	—	14
Kristianstads	—	—	4	—	4	2	—	14	—	16
Malmöhus	2	7	21	—	30	4	5	43	—	52
Hallands	3	5	3	—	11	1	—	18	—	19
Göteborg	2	26	7	—	35	—	—	—	—	—
Göteborgs o. Bohus	—	—	2	—	2	2	5	17	—	24
Älfsborgs	13	—	7	—	20	3	8	19	—	30
Skaraborgs	—	—	1	—	1	1	—	3	—	4
Värmlands	—	1	—	—	1	15	1	2	—	18
Örebro	15	—	—	—	15	1	—	3	—	4
Västmanlands	1	1	4	—	6	1	2	7	—	10
Kopparbergs	—	—	—	—	—	—	2	2	—	4
Gäfleborgs	—	—	4	—	4	—	5	3	—	8
Västernorrlands	—	—	8	—	8	—	6	5	—	11
Jämtlands	—	7	—	—	7	—	1	3	—	4
Västerbottens	—	3	3	—	6	—	—	4	7	11
Norrbottens	—	—	1	—	1	—	—	3	—	3
Summa	48	83	182	—	313	52	77	241	7	377

Summa sjukdomsfall i hela riket: nervfeber 100, skarlakansfeber 160, difteri 423, rödsot 7. — *Akut barnförlamning* 39 fall. I Västerås stad 208 fall af *mässling*.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 1 november 1907.

4:e årg. | Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER. | N:o 44.

Innehåll: J. ÅKERMAN: Om traumatisk neuros ur synpunkten af ersättning af olycksfall i arbete. — EMANUEL AF GEIJERSTAM: Otto G. Wetterstrand. — HJ. FORSSNER: Den nya Kungl. stadgan angående medicinska examina. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser. — Epidemiöfversikt. — Kvartalsrapport.

Om traumatisk neuros ur synpunkten af ersättning för olycksfall i arbete.

Af

Prof. J. Åkerman.

Hölls såsom inledningsföredrag i Köpenhamn vid en sammankomst mellan ett 30-tal lekmän och läkare från de nord. länderna.

Hvad vi kalla traumatisk neuros är ingen särskild eller enhetlig åkomma på samma sätt som t. ex. kikhosta eller rosfeber; den betingas icke af någon specifik orsak och beledsagas icke af några egendomliga eller likartade anatomiska förändringar. Traumatisk neuros är på sin höjd en symptomatisk benämning på de sjukliga yttringar af nervös art, hvilka, mycket växlande och olikartade hafva det gemensamt, att de uppträda efter en yttre vanligen plötslig och häftig påverkan af fysisk eller psykisk natur. Af praktiska skäl kan benämningen förtjäna bevaras, ehuru den ingår i den stora grupp af sjukliga rubbningar, som vi bruka ge epitetet hysteriska. Om det ligger grundade skäl för påståendet att den tr. n. är en modeaffektion och att den ökats genom förhandenvaron af ersättning efter skada genom olycksfall, så få vi emellertid icke förgäta, att fall af nervös rubbning, men med andra yttringar än nu till dags funnits så långt historien går tillbaka och långt förinnan och utan att ersättningskrafvet varit en

faktor att räkna med. Låtom oss därför inte glömma, att dessa människor med tr. n. icke äro enbart inbillningssjuke. Att sätta gränsen emellan inbillad och faktisk oförmåga är emellertid så mycket svårare som någon verklig gräns knappast finns. Om vi icke närmare känna det sätt på hvilket och de materiella förändringar genom hvilka de andliga och kroppsliga funktioner, som vi kalla normala, ytterst betingas, är det lätt begripligt, att vår uppfattning om de ändringar i dessa förhållanden, som medföra hvad vi kalla abnorma funktioner, måste vara både bristfällig och omtvistad. Nya omskrifningar och förklarande teorier ändra icke mycket beträffande vår verkliga kunskap. Sunda förståendet säger, att ringa orsak bör ge ringa verkan och tvärtom, men beträffande de traum. neur. veta vi alla, att ett omvändt förhållande mången gång kommer till synes: obetydlig och öfvergående yttre skada medför stor och långvarig nervstörelse och arbetshämning. Mycket af med. intresse och äfven af social betydelse skulle kunna anföras ur den rika litteratur, som behandlar detta kapitel; men då det emellertid här är fråga om tr. n. ur synpunkten af olycksfallsersättning, vill jag endast med några ord kommentera det förslag till uppgifter, som jag uppställt. Det ligger i sakens natur, att dessa olika rubriker endast afse att utgöra en ledning för läkarens uttalande. I behöfliga fall äger nat. läkaren, framförallt specialisten att själf välja sättet för en sådan framställning att invalidgraden kan bestämma.

P. M. Nr. 1.

Angående Traumatiska Neuroser.

Förslag till uppgifter af den behandlande läkaren i och för afgörande af invaliditetsersättning.

A. Traumats art, utbredning och verkan.

B. Neurosens art: Hysteri, neurasteni, hypochondri, psychos.

1) Hereditet, predisposition.

Föregående kroppstillstånd, föregående sjukdomar.

Föregående sinnestillstånd, förändringar häri.

Föregående arbetsförmåga.

2. Sympton:

a) lokala: känselstörelser, rörelsestörelser, reflexer, trofiska och cirkulatoriska, störelser af syn (synfält), tal, hörsel, lukt.

b) allmänna: organiska, psych ska (hysteriska).

3. Simulation. Öfverdrift.

C. Behandling.

Synpunkter, som torde böra tagas i öfvervägande vid afgörande af invaliditetsgradens storlek.

a) Nuvarande arbetsförmåga?
b) Från hvilken tid bör invaliditetsersättning utgå?
c) För hur lång tid bör sådan bestämmas? (växlande, definitiv.)
d) Ersättningens storlek?

Simulation i egentlig mening tyckes vara ganska sällsynt och knappt uppgå till 1 %. *Schuster* har exempelvis $^1/_8$—$^2/_8$ %. Förut, framför allt i Tyskland, ha simulanterna uppskattats till 8—10 %. Däremot är *öfverdrift* vanlig; en ökning af de nervösa-hysteriska symptomen karakteriserar framförallt de svårare, mera långvariga fallen och detta icke enbart så att de från början iakttagna rubbningarna tilltaga, utan också så att nya tillkomma.

Behandlingen synes redan från begynnelsen böra vara så att säga profylaktisk; den först behandlande läkaren kan därvid påverka pat. liksom omgifning och senare undersökare; långvarig och upprepad behandling bland andra nervsjuka anses närmast vara skadlig. Det är tydligt utan vidare att de organiska lokala förändringarne behöfva lämplig vård och skötsel. Men sedan dessa gifvit vika, böra de nervösa fenomenen allt efter fallets art bekämpas med till buds stående medel; de neurasteniska fenomenen kunna lämpligen motverkas genom någon tids hvila och lugn samt stärkande medel. Vid mera utprägladt hysteriska former böra pat. tillhållas, *läras* att arbeta. Våra förhållanden äro för små för att göra något sådant tillämpligt och behöfligt, men flerestädes utomlands finnas såsom bekant inrättningar i arbetslärande syfte, hvilkas verksamhet krönts med god framgång.

a) nuvarande arbetsförmåga. Om i det stora flertalet fall den tr. n. hemsöker disponerade individer, och om dessas *arbetsförmåga* varit störd före olyckstillfället, måste man fordra att traumat och försämringen, nervstörelsen, till tiden ligga ganska nära hvarandra för att erkänna våldet såsom orsaksmoment (*Vulpius*). Där detta icke är händelsen, där den s. k. traum. neuroser uppträder veckor eller månader efter olyckstillfället, bör dettas förorsakande natur icke godkännas. *Nonne* och många andra ha publicerat fall af svår kroppsskada utan efterföljande traum. neuros, detta före ersättningsplikten och räntebegärets så att säga legalisering. *Quincke* anser att då

den skadade förut bevisligen varit nervsjuk och vårdats för nervsjukdom, så böra ersättningsanspråken icke godkännas.

Vid uppgift om nuvarande arbetsförmågan böra icke den skadades egna uppgifter läggas till grund för uppskattningen, utan arbetsgifvares, trovärdiga utomstående personers, yrkesinspektörs eller agents samt framförallt naturligtvis den behandlande läkarens. Ofta är det mycket svårt att faktiskt och rättvist uppskatta denna arbetsförmåga, enär pat. icke *vill* arbeta och icke *vill* erkänna, att han förbättrats eller tillfrisknat. I de tillfällen, då en organisk förändring af lokal ort blifvit en följd af skadan, är nedsättningen i arbetsförmågan prop. lättare att bedöma, ehuru symptom af traum. neuros. tillkommit. I dessa tillfällen syntes en rel. hög invaliditetsgrad ofta vara berättigad, åtminstone att börja med, till anpassning och vana utjämnat hvad utjämnas kan, af den lokala defekten eller deformiteten. En annan omständighet, som icke bör lämnas ur sikte vid uppskattningen af arbetsförmågan, är att densamma växlar; att den kan väsentligt förbättras, ja ofta återkomma fullständigt. I d:r *Wimmers* redogörelse utgöra de tillfrisknade 52 % (af 75 fall af traum. neuros 1906). Vid sammanträdet 1907 lämnade d:r W. fortsättning på denna statistik och kom till samma resultat.[1])

b) från hvilken tid bör inv.-ersättn. utgå?

Bestämningen af inv.-graden bör göras snarast möjligt. Hvad detta innebär kan svårligen definieras, då många omständigheter äro verksamma, men all erfarenhet ger vid handen, att det för alla parterna är bäst att få ett snabbt afgörande. Hos oss kommer fallet i allmänhet till R. F. A. först efter 2 mån.; merendels dröjer det afsevärdt längre. Om det å ena sidan är önskvärdt att snarast möjligt reglera en tr. neuros är det å andra sidan påtagligt, att detta icke kan ske, förr än en viss grad af stabilitet inträdt i de nervösa symptomen. Att skjuta upp åratal för ny behandling, upprepade undersökningar, badkurer o. s. v. anses numera felaktigt. Om i lättare tillfällen en 3—4 månader kunna vara nog för att tillnärmelsevis uppskatta invaliditetsgraden, bli för de svårare och mera komplicerade fallen 1—1 1/2 år nödvändigt. I allmänhet tror jag det är önskvärdt att icke upptaga frågan om invaliditet förr

[1]) Under åren 1898—1906 hade Arbetareförsäkringsrådet behandlat 90 fall af traum. neuros: 53 rena och 37 komplicerade tillfällen. Afgörandet ägde rum i 2 »stadier»: ett afgörande tills vidare och efter 2—3 år en definitivt. Vid det definitiva afgörandet hade första gruppen (rena fall) 75 % utan och 25 % med tilläggsersättning. 2:dra gruppen 19 % utan och 81 med tilläggsersättning.

J. A.

än $^1/_2$ år förflutit, och att inte gärna dröja med afgörande längre än 1 år.

c) För hur lång tid framåt? (växlande definitiv?).

Från olika håll, främst prof. *Slomann* här i Danmark, men också från engelsk och amerikansk sida har framhållits vikten af att snarast möjligt och på *en gång* afgöra ersättningsanspråken d. v. s. ge *en kapital*-utbetalning. D:r *Wimmers* redogörelse bestyrker förmånerna af detta tillvägagångssätt, ehuru det för de svårare bestämbara fallen anses böra afgöras vid så att säga 2 tillfällen med $^1/_2$—1—2 års mellantid. Vår lag medger en kapitalutbetalning endast vid invaliditetsgrader under 15; vid och öfver detta tal skall ränta betalas — liksom i Tyskland. En slags växling kan naturligtvis åstadkommas på så sätt att räntan — den skadade ovetande — endast bestämmes för $^1/_2$—1 år framåt. Den växlande räntan — som bör minskas med $^1/_4$—$^1/_3$—$^1/_2$, när så är möjligt och icke med endast 10—20 % för hvar gång — har det goda med sig, att den anpassar sig efter ökningen af den skadades arbetsförmåga, men den olägenheten att den underhåller räntebegäret. Den definitiva regleringen har den förmånen att den stäcker detta räntebegär, men den olägenheten att en oriktig värdesättning blir bestående, eller endast med stor svårighet kan ändras. Hos oss kan saken återupptagas inom 2 år. Många skäl tala för riktigheten af deras åsikt som fordra att frågan om ersättning vid tr. neuros bör kunna återupptagas längre tid efter skadan, resp. när som helst.

d) Ersättningens storlek.

Då lokal, kroppslig förändring inträdt och de nervösa symptomen äro af beledsagande natur, kan förstnämnda omständighet i och för sig betinga en rel. hög inv. grad under prop. längre tid. Men då sistnämnda symptom utgöra hufvudsumman, bör en rel. låg ersättning gifvas. I förstnämnda tillfällen är en invalid af 75—66 $^2/_3$—50 % stundom befogad; graden bör sänkas med stora hopp. Vid sistnämnda förhållanden, särskildt vid neurasteniska, framför allt hysteriska rubbningar enbart, bör endast 15—25 % föreslås. Erfarenheten visar att äfven denna låga ersättning mången gång blir obehöflig. Vår lag innehåller föreskrift om 50 % inval. vid allmän svaghet i själsförmögenheterna och allmän kroppslig svaghet. Hittills har detta stadgande icke behöft tillämpas i något rent tillfälle af tr. neuros.

För att illustrera det sagda och det förfarande vi följt, skall jag tillåta mig nämna några ord om våra fall af traum. neuros. R. F. A. har nu varit i verksamhet ungefär 4 år. Vi ha under denna tid haft 128,545 årsarbetare och 3,974 an-

mälda olycksfall. Af dessa hafva endast *8* haft symptom, hvilka uppfattats såsom tr. neuros.: ung. 2 pr. mille anmälda olycksfall. Under samma tidsperiod ha vi emellertid i 7 fall afgifvit utlåtande enl. § 15 i lagen af den 5 Juli 1901 d. v. s. då arbetsgifvare och skadad arbetare hänskjutit till oss att bestämma inval.-graden.

Dessa tal synas vara tämligen låga, om vi jämföra dem med exempelvis d:r *Wimmers* uppgift att i Danmark inkommit rapport om 75 fall under 8 år (90 fall under 9 år). Våra egna 8 fall ha samtliga företett lokal, kroppslig skada (brott af skulderbladet, öfverarmen, höftbenskanten o. s. v.) jämte traum. neuros. Invaliditetsgraden har i ett fall (öfverarmsbrott, refraktur, operation) bestämts till 50 %. I öfriga fall har den växlat mellan 15—25 %. Efter kortare eller längre, stundom ganska lång tid för sjukhjälp ha ofvannämnda invaliditetsgrader föreslagits för *1 års tid.* Omnämnda fall af öfverarmsbrott som opererats är ännu oafgjordt. I ett annat fall — brott af skulderbladet — ha bestående organiska förändringar i axeln och skuldran låtit de för ett år bestämda 25 % bli bestående.

En pat., som brutit 4 refben, fick för ett år 25 %. Som året ännu icke är utlupet, kan resultatet afvaktas. Öfriga 5 fall ha under 1—1 $^1/_2$ år uppburit ersättning med 15—25 % samt därefter kunnat förklaras friska och fullt arbetsdugliga: *af 8 ha sålunda 5 — efter år och dag varit fullt återställda.*

Af andra gruppen, som jag vill kalla våra 7 hänskjutna fall, har lokal, organisk skada (brott af kraniet, nyckelbensbrott, hjärnskakning, stela ländkotor o. s. v.) förefunnits hos samtliga.

Invaliditetsgraden har växlat mellan 95—40—33 $^1/_3$ och 12 %.

I ett fall måste den till 25 % uppskattade invaliditetsgraden ökas till 50 % på grund af tillkomna yttringar af organisk och bestående skada.

Då 95 % gafs, fanns brott af hjärnskålens bas, med döfhet på ena örat och svår yrsel, stel axel och nästan oförmögen att gå.[1])

En pat., som opererats för bråck, klagade öfver värk och smärtor från ärret; han erhöll 12 %; bråcket hade uppkommit under värnpliktstiden.

En pat., som fått 40 % under 1 år, kunde efter nämnda tid undvara ersättning.

---

[1]) Intet fall af traum. neuros utan af organisk hjärnskada.

Beträffande tre fall, som inkommit under 1906 har tiden för en eventuell revision antingen ännu icke inträdt, eller också ansetts ännu icke mogen.

Otto G. Wetterstrand.

Några ord om hans betydelse för hypnoterapin.

Af

Emanuel af Geijerstam.

Jag har en liflig känsla af att den svenska medicinens representanter ha föga kännedom om den roll, Wetterstrand spelat inom hypnoterapin. Att han haft en mycket stor hypnotisk praxis, att patienter från skilda delar af världen sökt honom, torde vara allmänt bekant. Han är med andra ord känd såsom en läkare, som gjort stor succès hos publiken. Nu är det ju dess värre så, att detta att ha publikens förtroende ej är detsamma som att vara en skicklig praktiker; ännu mindre visar det, att vederbörande är en vetenskaplig kapacitet. I själfva verket var Wetterstrand bådadera. Han var ej blott en sällsynt skicklig utöfvare af hypnoterapin, hvars subtila teknik han på ett virtuosmässigt sätt behärskade; han var äfven en verkligt produktiv vetenskaplig begåfning och har gjort en betydande insats i hypnoterapins utveckling.

Hans största betydelse ligger enligt mitt förmenande däri, att han kanske mer än någon annan bidragit att befria den terapeutiska hypnotismen från alla onödiga experimentella moment. Detta sammanhänger därmed, att han alltid varit en hufvudförkämpe för den åsikten, att den hypnotiska sömnen i och för sig och ej endast dennas egenskap att vara ett tillstånd med ökad suggestibilitet har kurativ verkan. Han borttog mer och mer ur sin hypnosteknik denna sträfvan att upparbeta patienternas suggestibilitet, gaf mindre och mindre verbala terapeutiska suggestioner under hypnosen. Allt sådant, som kunde ge anledning till tal om att hypnosen eventuellt skulle komma att utöfva en viljeförsvagande inverkan, borttog W. ur sin hypnosteknik. Ingen har kunnat gå längre i sträfvan att skaffa en mild och skonsam hypnotiseringsmetod. Hvad som kanske är det mest beundransvärda hos Wetterstrand är, att han trots denna sträfvan ej såsom så många andra lämnat den djupa sömnen ur sikte. Ty den vanliga konsekvensen hos de författare, som sökt reducera experimenterandet så mycket som möjligt, har tyvärr allt för ofta varit,

att de kommit därhän, att de låtit sig nöja med den i många fall terapeutiskt mindre värdefulla ytliga hypnosen. Den hypnosmetod, som Wetterstrand småningom utbildade, var, så vidt jag förstår, nära nog idealisk. Och jag är ej fullt säker på, om det funnits någon bättre utöfvare af hypnoterapin, ej ens om jag tänker på sådana namn som Liébault, Bernheim, Forel, van Reuterghem, van Eeden, Loewenfeld, Oskar Vogt.

Mest bekant är kanske W. för sin prolongerade sömn. W. publicerade sina erfarenheter med denna metod, som bär hans namn, första gången år 1892 i en kort, men innehållsrik artikel i första årgången af »Zeitschrift für Hypnotismus». Denna artikel väckte ett utomordentligt uppseende, och han gaf med denna ett uppslag, som utöfvat stort inflytande på hypnoterapin. W:s prolongerade hypnos citeras med allra största respekt af t. ex. sådana vetenskapsmän, som Oskar Vogt, utgifvaren af »Journal für Psychologie und Neurologie», Loewenfeld och Pierre Janet, hvilka namn äfven för icke-hypnoterapeuter torde vara bekanta. Öfverhufvud har inom den hypnotiska litteraturen den största uppmärksamhet alltid ägnats åt W. och hans sätt att arbeta. Och han är öfverallt äfven i de nyaste arbetena om hypnotism flitigt citerad.

När man betänker, hur allmänt aktadt W:s namn är utanför Sveriges gränser, är det med ett visst bittert vemod man konstaterar, att han dör, i sitt hemland som det tyckes nästan glömd, utan någon som hälst officiell ställning, utan att hafva varit satt i tillfälle att lämna den studerande ungdomen den undervisning i hypnoterapi, som vore så väl behöflig och som tyvärr ännu saknas. Ingen af våra tre medicinska fakulteter har ens funnit lämpligt att göra honom till medicine hedersdoktor.

Hur skall man förklara denna skepsis gentemot W:s verksamhet? Jag tror för min del förklaringen ligger däri, att våra medicinska auktoriteter dels ansett, att han öfverskattat sina terapeutiska resultat, dels och framför allt hållit före, att hans diagnoser på grund af bristande neurologisk utbildning varit otillförlitliga. Hvad den förra saken angår, så kan jag endast säga, att jag efter nio års sysslande med hypnoterapi kommit till det resultat, att W:s uppfattning om hypnotismens terapeutiska värde i hufvudsak var riktig. Den, som ej mycket sysslat med hypnoterapi, kan däremot absolut ej göra efter, hvad W. på det området gjort; men är då ej heller kompetent att förneka möjligheten af de resultat, W. uppgifvit. Emellertid är W:s vackraste lifsgärning det inflytande, han haft på utvecklingen af hypnosens teknik. Det har vunnit erkännande af alla fackmän och är beståndande alldeles oaf-

sedt om W. öfverskattat sina egna resultat eller ej. Det är just denna teoretiska del af W:s verksamhet, som besynnerligt nog här hemma tycks ha blifvit totalt förbisedd.

Hvad hans diagnostik beträffar, medger jag gärna, att han i sin kasuistik stundom ej bestyrkt diagnosen tillräckligt. Detta är naturligtvis ett fel, som jag med beklagande markerat, väl vetande, hur det skulle utnyttjas af hypnotismens vedersakare. Men denna brist utgör väl ändå intet *bevis* för att hans diagnoser äro oriktiga. Själf har jag alltid vid läsningen af W:s sjukhistorier haft intrycket att hans diagnos varit den rätta. W. har som bekant rätt mycket behandlat epilepsi med hypnos och härvid uppgifvit sig erhålla frappanta förbättringar, fått patienterna utan brombehandling långa tider anfallsfria samt en höggradig förbättring af allmäntillståndet. Särskildt vid så öfverraskande resultat är det att beklaga, att han ej alltid tillräckligt vetenskapligt begrundat diagnosen. Härtill är dock att bemärka, att andra forskare exempelvis Bérillon, utgifvaren af »Revue de l'hypnotisme» kommit till liknande resultat. Paul Maprin prisar hypnotismens fördelaktiga inflytande på det psykiska tillståndet hos epileptici. Angående ett af W:s fall har jag genom en kollega erhållit närmare upplysningar, och befanns detta om något vara typisk epilepsi (anfallen med initialskrik, tonisk och klonisk kramp, tungbett och incontinentia urinæ). Själf har jag för liten erfarenhet om hypnosens inverkan på epilepsi för att yttra mig i frågan om hvilken betydelse hypnosen kan komma att få i denna sjukdoms terapi. Så mycket har jag dock sett, att jag kan vittna, att den därvidlag ej är verkningslös. Förutsatt nu, att diagnostiska misstag begåtts af W., hvilket jag anser osannolikt och obevisadt, så hade det varit värdigare, om någon af de rätt talrika svenska vetenskapsmän, hvilka äro utrustade med all den neurologiska fackkunskap, som utesluter möjligheten af dylika misstag, för hvilka W. blifvit beskylld, äfven hade förskaffat sig fackmässig utbildning i hypnoterapi, så att W:s uppgifter kunnat kontrolleras och ej som nu endast — negligeras.

Jag kan så väl förstå, hvad i W:s sätt att skrifva det varit, som choquerat vederbörande. Han skrifver så att säga för lekmannamässigt, uttrycker sig ofta för sangviniskt, ej sällan med en halft barnslig nästan rörande naivitet. Han skref kort och godt, hvad han såg. Anade ej, att han på den grund skulle bli utsatt för misstydanden. Han har lärt sina efterföljare, hur man skall skrifva för att bli trodd. I hans skrifsätt uppenbarade sig något af hans egen personlighet. Det var i honom en blandning af geni och barn. Han gjorde in-

tryck af en natur, som var allt för fri från misstänksamhet, som var för god för denna världen.

Den nya Kungl. stadgan angående medicinska examina.

Bland allmänna bestämmelser, som i denna stadga införts, bör framhållas, att *fakulteterna*[1]) uttryckligen åläggas att *uppgöra studieplaner* för studenterna (sådana ha dock flera gånger redan förut uppgjorts) med särskildt hänsyn till att »de studerande må på kortast möjliga tid, men utan skada för studiernas grundlighet aflägga sina examina», att »de bokliga studierna i ett läroämne i hufvudsak må kunna bedrifvas jämsides med den praktiska utbildningen i ämnet» samt att de studerande »i regel ej må föranledas att samtidigt studera olikartade ämnen.»

I afsikt att om möjligt förhindra för högt eller för lågt ställda fordringar af de enskilda lärarne, har den bestämmelsen införts, att *samtliga lärare skola en gång om året för fakulteten uppgifva sina fordringar*, hvilka fakulteten äger rätt att, om den så finner nödigt, korrigera.

Slutligen är *tentamensväsendet*, som hittills blott varit en tradition, *i lag fastställdt*. Tentamens giltighetstid fastställes af fakulteten. Tentamen kan ske antingen som nu inför slutna dörrar eller offentligt, beroende på vederbörande lärare, hvilken i detta afseende kan förfara efter godtfinnande, blott han alltid följer samma metod. En student, som anser sig orättvist ha blifvit kuggad, äger dock rätt att fordra ny offentlig tentamen. — Betyget skall genast införas i studentens *tentamensbok*. Sedan studenten aflagt minst godkänd tentamen i alla examensämnena, äger han, om samtliga tentamina ännu äro giltiga, att utan vidare erhålla examen, hvarvid en ompröfning kan äga rum, hvilken dock endast torde kunna påverka betyget i riktning af ett höjande, men ej sänka ett ännu giltigtg betyg. (Stadgan är dock här ej fullt tydlig).

Realstudenten lägges till grund för de medicinska studierna och *berättigar till inskrifning vid medicinsk fakultet*. Latinstudenter behöfva dock, om de ha godkända insikter i biologi och i matematik å lin. B, endast komplettera i fysik och kemi.

Medikofilen är som examen *afskaffad*. Af de i denna examen ingående ämnena bibehållas dock zoologien såsom en

---

[1]) Med fakulteterna förstås i det följande äfven Karol. Institutets lärarkollegium.

kurs på anatomisalarne, omfattande »grunderna af den jämförande anatomien», och kemien som en kurs på med.-kemisk institution eller institut för allmän kemi i »allmän kemi, omfattande äfven de allmännaste grunderna i farmaceutisk kemi».

Med *medicine kandidatexamen* är *ingen betydande förändring* vidtagen. Medicinsk historia har helt försvunnit och farmaceutisk kemi har utgått ur ämnet medicinsk kemi, men finnes åtminstone delvis kvar uti den kurs i allmän kemi, som skall ges före de fysiologiskt kemiska laborationerna. F. ö. har ingen förändring gjorts, om man undantager den nyssnämnda kursen i komparativ anatomi, som nu kommer att inleda anatomisalsstudiet.

Medicine licentiatexamen innefattar *samma ämnen som hittills*. *Den propedeutiska tjänstgöringen* vid klinikerna i Uppsala och Lund är bibehållen, men ändrad därhän, att de studerande under 2 mån. uteslutande skola genomgå kurser i klin. undersökningsmetoder, i allmän kirurgi och allmän sjukvårdsteknik samt därefter under 4 mån. tjänstgöra samtidigt på medicinska och kirurgiska kliniken samt patologiska institut. *Tjänstgöringarna på det senare stadiet* ha fått följande anordning:

i *medicin* 4 mån, vid Serafimerlasarettet, hvarannan dag på klin. och poliklin.; med denna tjänstgöring kan endast nervkursen (2 mån.) förenas. Härefter 2 mån. som assistent antingen vid Serafimerlasarettet eller vid universitetsklinik (torde närmast bestämmas af hvar studeranden ämnar tentera).

i *kirurgi* motsvarande bestämmelser med undantag af att assistenttiden är satt till 1 mån.; med denna tjänstgöring får endast kursen i otiatri m. m. förenas.

i *pediatrik* 4 mån. tjänstgöring vid Karol. Institut. pediatr. klin. jämte 2 veckors assistentskap vid Allm. Barnhuset, hvilket kan förläggas under eller efter tjänstgöringen.

i *oftalmiatrik* 2 mån. tjänstgöring vid Karol. Institutet eller universitetens kliniker.

i *obstetrik och gynekologi* 4 mån. tjänstgöring vid Karol. Instit:s eller universitetens kliniker.

(Högsta antalet på en gång tillåtna tjänstgörande vid klinikerna bestämmes af fakulteterna.)

i *patologisk anatomi* 8 mån. tjänstgöring, dels 4 mån. samtidigt med tjänstgöringen på med. klin. å Serafimerlasarettet, dels 2 mån. samtidigt med assistenttjänsten på med. kliniken, dels slutligen 2 mån. vid den instituton, där tentamen skall afläggas.

i *rätts- och statsmedicin* 3 mån. vid Karol. Institut.

i *psykiatri* 2 mån. vid någon af de 3 psykiatriska klinikerna.

i *syfilidologi* 2 mån. vid Karol. Instit:s syfilidol. klin. och därefter 2 veckors assistenttjänst därstädes.

i *hygien* 2 mån. vid Karol. Institut.

De hufvudsakliga förändringar, som blifvit vidtagna, äro således,

att olika tjänstgöringar åtminstone som regel ej få tagas samtidigt,

att delar af tjänstgöringen i medicin och kirurgi (assistenttiden) samt hela tjänstgöringen i oftalmiatrik och obstetrik och gynekologi kan fullgöras efter behag vid hvilken af de 3 medicinska högskolornas kliniker som helst,

att i pediatrik och syfilidologi tillkommit assistenttjänstgöringar på 2 veckor,

samt dessutom att efter kurserna i psykiatri, syfilidologi och hygien skola anställas slutförhör med graderade betyg, hvilka betyg skola intagas i examensbetyget. Dessa ämnen få således en säregen förut ej befintlig ställning som examensämnen utan examen.

Såsom öfvergångsbestämmelser stadgas, att latin ej fordras från och med höstterminen 1907, att medikofilen kan afläggas t. o. m. vårterminen 1908, att med. kand. exam. enligt nu gällande bestämmelser kan afläggas t. o. m. vårterminen 1910 och att de, som styrka sig äga kunskaper i kemi motsvarande medikofilen samt de som nöjaktigt genomgått disektionskursen i zoologi för samma examen, ej behöfva genomgå kurserna i allmän kemi och jämförande anatomi.

Angående frågan om ökad praktisk utbildning eller det s. k. »praktiska året» pågår ännu på K. Maj:ts anmodan utredning af samma sakkunnige, som tillkallades för att biträda vid utarbetandet af denna stadga. När denna fråga kan bli färdig för vidare behandling är icke bekant och således ej heller, när den event. tilläggsstadga, som statsrådet bebådat, skall komma.

Sannolikt torde det väl vara med tanke på denna, som den nu refererade stadgan slutar: Angående öfvergångsbestämmelser i fråga om medicine licentiatexamen vill Kungl. Maj:t framdeles gifva föreskrift.

Hj. Forssner.

Hvarjehanda notiser.

Arvode för läkarintyg. Gellivare fattigvårdsstyrelse hade anmält vederbörande extra provinsialläkare hos medicinalstyrelsen för att de debiterat Gellivare kommun med tre kronor för hvarje af dem utfärdadt intyg rörande kommunens fattiga. Sedan de båda läkarna inkommit med förklaringar, har medicinalstyrelsen, då den icke haft något att erinra mot läkarnas förfarande i anmärkt afseende, förklarat anmälan icke föranleda någon vidare åtgärd.

Med detta häfte följer såsom bilaga förhandlingar vid Sv. provinsialläkareföreningens möte i Sundsvall under sistl. juli månad.

Gotlands läkarförening hade d. 19 oktober d. år sammanträde i Visby.

Föredrogs ett bordlagdt ärende angående af Värmlands läkarförening väckt förslag om hindrandet af försäljning af »Arcana» hemliga läkemedel (elektriska bälten, utländska bandager o. d.). Beslöts, att i allmänhet f. n. ingenting skulle åt saken åtgöras. Åtgärder häremot måste ske helst genom lagstiftning. Allmänna svenska läkarföreningen hade ju öfverlämnat afskrifter af ifrågavarande skrifvelse till läkarne inom riksdagen, till hvad kraft och verkan det hafva kan. Hela försäljningen och den oerhörda »utpuffningen» af dessa medel, som lofvat hjälp mot snart sagdt allting, ogillades naturligtvis i hög grad och skulle hvar och en i sin stad göra däremot, hvad han förmådde.

2) Beträffande tuberkuloskommitténs betänkande beslöts med allra första afsända skrifvelser, understödjande och framhållande kommitténs förslag, till länsstyrelsen och länets riksdagsmän.

3) Upptogs frågan om kollektivackord ånyo af enskild medlem med klagomål öfver oförrätter. Något beslut fattades dock ej nu, utan hänvisades till föreg. sammanträde, då Gotlands läkarförening beslöt biträda d:r Sundells förslag.

Malmö läkarförening hade sammanträde den 24 oktober, hvarvid d:r Cronquist förevisade ett fall af myxödem. D:r Malmström demonstrerade några tuberkulospatienter, hvilka visade reaktion efter indrypning i ögat af en droppe Tuberculin-Test. Sedan d:rerna Gren, Bohmansson och Björling afsagt sig uppdraget i förtroendenämnden, valdes till medlemmar af densamma d:rerna Pfannenstill och Körner och till suppleanter d:rerna Malmström och Gröné. Tuberkuloskommitténs betänkande refererades af d:r Malmström. D:r Sundells förslag angående kollektivackorder antogs nästan oförändradt.

Offentliga underrättelser.

Ledliga tjänster:

[1]) betecknar. att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n: [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Underläk.-tj:n v. Stockholms stads epidemisjukhus (sökes hos hälsov.-nämnden)	6 nov.
En bat.-läk.-tj. v. Norrbottens reg:te[1])	7 nov.

Underläk.-tj:n v. lasarettet i Härnösand[1]) (*ånyo* ledigförklarad; löneförmåner: 2,000 kr. jämte bostad och kost) 11 nov.
Extra prov.-läk.-tj:n i Enångers distr.[2]) (för tiden t. $^{1}/_{10}$ 1908; distr. omfattar Enångers o. Njutångers socknar + större delen af Nianfors kap.-församling af Gäfleborgs län med 3,268 invånare den 1 jan. 06; löneförmåner: 2,625 kr. + fri bostad) 18 nov.
Extra prov.-läk.-tj:n i Malå distr.[2]) (*ånyo* ledigförklarad för tiden t. o. m. 1911; distr. omfattar Malå socken af Västerbottens län med 2,680 invånare 1 jan. 05; löneförmånar 3,000 kr. jämte 300 kr. i hyresersättning) 18 nov.
Reg:tsläk.-tj:n v. Boden-Karlsborgs art.-r:e[1]) 18 nov.
Läk.-befattn:n v. Centralfängelset å Härlanda vid Göteborg (sökes hos fångvårdsstyr:n) 20 nov.
En underläk.-tj. v. Vänersborgs hosp. och asyl[3]) (kvinnoafd:n) 22 nov.
En marinläk.-stip.-befattn. (sökes hos marinöfverläkaren) 23 nov.
Extra prov.-läk.-tj:n i Ljugarns distr.[2]) (*nyinrättad;* distr. omfattar Garda, Lans, Alskogs, Ardre, Ala, Gammelgarns och Kräcklinge socknar af Gottlands läns med läk.-station i Ljugarn; lön: 2,425 kr.) 23 nov.
Prov.-läk.-tj:n i Skogs distr.[1]) 25 nov.

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Läk. v. Centralfängelset å Härlanda vid Göteborg m. m. *J. H. Allard* (1 nov.)

Af Med.-styr:n upprättade förslag:

Till *en bat.-läk.-tj. v. Västgöta r:te:* K. A. Odqvist (med förord), P. W. L. Wåhlin, A. B. G. Blomberg.
Till *en bat.-läk.-tj. v. Värmlands r:te:* J. V. D. T. Efvergren (förord), A. B. G. Blomberg (sedan K. A. Odqvist återtagit sin ansökan).

Sökande:

Till *ex. prov.-läk.-tj:n i Vilhelmina distr.:* (i ordn. efter tj:år): ex. prov.-läk. Redelin i Stensele, las.-underläkarna Robbe, Kalmar, och Forssman, Linköping.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *Ad. Strömstedt* t. f. läk. v. Centr.-fängelset å Härlanda fr. 1 nov. (v).
Lic. *J. Löthberg* t. f. prov.-läk. i Skogs distr. (v).
Lic. *E. Blomberg* t. f. ex. prov.-läk. i Enångers distr. t. o. m. 20 nov. (v).
Lic. *K. Nylén* t. f. ex. prov.-läk. i Oskarströms distr. 24 okt.—19 dec. (t).
D:r *G. Heüman* t. f. 1:e stadsläk. i Göteborg 21 okt.—1 dec. (t).
Fältl.-stip. *C. O. L. Bengtsson* ex. läk. vid art:t i Boden 1—21 nov.
Bitr. prov.-läk. *Berthelius* t. f. 1:e prov.-läk. i Kristianstads län och 1:e stadsläk. *A. B. Holmgren* t. f. bitr. prov.-läk. i Kristianstads distr 1 nov.—30 dec. (s).
Kand. *G. Neander* t. f. läk. vid försöksanst:n Hälsan i N.-Luleå socken 1 nov.—31 dec.

Lic. *B. V. O. Willers* extra läk. v. inf.-vol.-skolan i Halmstad 15 okt. —15 mars.
Lic. *G. Abrahamsson* extra läk. v. vol.-skolan i Varberg 1 nov.—15 jan.

Öfversikt af sammandragen af epidemirapporter

för halfva månaden 1—15 okt. 1907.

	Städer.					Landsbygd.				
	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa
Stockholm	2	24	44	—	70	—	—	—	—	—
Stockholms län	—	2	—	—	2	4	5	9	—	18
Uppsala	1	1	3	—	5	4	2	6	—	12
Södermanlands	—	2	16	—	18	—	1	5	—	6
Östergötlands	2	2	6	—	10	—	12	—	—	12
Jönköpings	1	2	19	—	22	—	3	17	—	20
Kronobergs	—	2	—	—	2	—	14	18	—	32
Kalmar	2	—	1	—	3	4	2	19	—	25
Gotlands	—	5	—	—	5	—	1	—	—	1
Blekinge	1	—	10	—	11	4	1	28	—	33
Kristianstads	—	—	29	—	29	2	1	6	—	9
Malmöhus	4	3	19	—	26	4	3	38	—	45
Hallands	1	—	5	—	6	3	2	17	—	22
Göteborg	4	43	19	—	66	—	—	—	—	—
Göteborgs o. Bohus	—	—	2	—	2	7	1	45	—	53
Älfsborgs	1	—	—	—	1	1	9	12	—	22
Skaraborgs	—	—	2	—	2	—	—	3	—	3
Värmlands	—	—	3	—	3	2	—	4	—	6
Örebro	7	3	1	—	11	1	—	—	—	1
Västmanlands	1	1	—	—	2	1	1	16	—	18
Kopparbergs	—	—	—	—	—	—	3	—	—	3
Gäfleborgs	—	5	—	—	5	1	25	8	—	34
Västernorrlands	—	—	4	—	4	—	4	16	—	20
Jämtlands	—	3	—	—	3	—	—	—	—	—
Västerbottens	—	—	1	—	1	1	3	3	—	7
Norrbottens	—	—	—	—	—	1	—	9	—	10
Summa	27	98	184	—	309	40	93	279	—	412

Summa sjukdomsfall i hela riket: nervfeber 67, skarlakansfeber 191, difteri 463, rödsot 0. — *Akut barnförlamning* 38 fall. I Västerås stad 134 fall af *mässling.*

Fall af difteri, skarlakansfeber och nervfeber under tredje kvartalet af åren 1905—07.

	1905				1906				1907			
	Juli	Aug.	Sept.	1/7—30/9	Juli	Aug.	Sept.	1/7—30/9	Juli	Aug.	Sept.	1/7—30/9
Difteri												
städer	240	265	413	918	303	260	345	908	272	309	379	960
landsbygd	953	713	986	2,652	669	595	780	2,014	768	683	817	2,268
hela riket	1,193	978	1,399	**3,570**	972	855	1,125	**2,952**	1,040	992	1,196	**3,228**
Skarlakansfeber												
städer	212	214	253	679	146	130	219	495	101	90	150	341
landsbygd	312	447	424	1,183	295	259	282	836	166	149	149	464
hela riket	524	661	677	1,862	441	389	501	**1,331**	267	239	299	**805**
Nervfeber												
städer	78	268	185	531	61	78	74	213	167	40	95	302
landsbygd	144	261	238	643	109	131	186	429	79	78	123	280
hela riket	222	529	423	**1,174**	170	212	260	**642**	246	118	218	**582**

Glöm ej jubileumsfonden!

1907. **Oktober.**

Svenska Prov.-läkareföreningens Cirkulär.

Protokoll, fördt vid Sv. Provinsialläkareföreningens årsmöte i Sundsvall den 8—10 juli 1907.

Närvarande voro: herrar F. G. Bissmark, Th. Brorström, N. Berglund, E. Falck, E. A. Fries, A. P. Gustafsson, G. E. Hagstrand, K. F. Hollström, A. Hyllengren, J. A. Håkansson, E. A. Jerñström, A. Jonsson, A. Lundh, G. Norberg, J. A. Nyström, A. Ottoson, G. Hj. Pripp, A. F. Robbert, K. Schwieler, E. A. Sjöberg, M. A. Sjöblom, C. M. Stenberg, O. A. Söderbaum, O. Tirén, H. F. Warodell, H. Weber, K. O. Westberg, K. E. Wildner, P. E. Brännström, J. J. Ehinger, M. Åkerman och E. Odén, hvarjämte provinsialläkaren W. Bergengren, med. doktor K. Kjellberg, sanatorieläkaren Waller och lasarettsläkaren M. L. Hedlund äfven voro tillstädes under en del af mötesförhandlingarna.

§ 1. Styrelsens ordf. öppnade mötet.

§ 2. Till ordf. för mötet utsågs G. Norberg, till v. ordf. M. A. Sjöblom, till sekreterare Th. Brorström och A. Lundh samt till justerare K. F. Hollström och E. A. Sjöberg.

Till revisorer valdes J. A. Håkansson och H. F. Warodell.

§ 3. På förslag af ordf. beslöts afbryta förhandlingarna kl. 11 samt återupptaga dem efter kl. 2 för att bereda föreningens medlemmar tillfälle närvara vid allmänna mötet.

§ 4. Mötets ordf. uppläste styrelsens berättelse för senaste arbetsåret (bilaga 1) samt redogjorde i sammanhang därmed för de af styrelsen vidtagna åtgärderna med anledning af det förslag till ny pensionslag, som framlagts vid senaste riksdag. Den upplästa årsberättelsen lades utan yttrande till handlingarna.

§ 5. Årsafgiften bestämdes till 10 kronor.

§ 6. Ordf. meddelade, att K. Medicinalstyrelsen tillsändt föreningen ett exemplar af sitt utlåtande med anledning af den begärda förändringen i taxan och redogjorde för detsamma.

Efter någon diskussion, i hvilken Lundh, Hollström, Tirén, A. Jonsson och ordf. deltogo, beslöt mötet att uti protokollet uttala föreningens sympati för taxeförslaget i allmänhet såsom utgörande en förbättring af provinsialläkarnas villkor.

§ 7. Ordf. föredrog barnmorskeförbundets petition (bilaga 2) till Kungl. Maj:t samt det yttrande, ordf. på styrelsens anmodan uppsatt i frågan (bilaga 3).

Lundh hemställde, att föreningen måtte förena sig om ordf:s förslag såsom godt och väl motiveradt, men ansåg dock, att den af styrelsen föreslagna minimilönen, 300 kr., borde något höjas.

Westberg, som ansåg, att barnmorskorna borde likställas åtminstone med småskollärarinnorna, föreslog en minimilön af 500 kr., men då ordf. upplyste, att barnmorskeförbundet ej begärt mera än 400 kr. såsom minimilön, förändrade Westberg sitt yrkande till denna summa.

Sjöblom upplyste, att i V. Norrland ingen barnmorska hade under 300 kr. i lön, men många mera, samt *Lundh*, att i Västerbotten barnmorskorna i allmänhet hade 350 kr., och då barnmorskornas inkomst af enskild praktik i allmänhet var ringa, ansåg han sig kunna instämma i Westbergs yrkande på 400 kr. i minimilön.

Weber, som förenade sig med Westberg, ansåg dock, att arfvodet för förlossning borde sättas så lågt som möjligt, d. v. s. ej öfverstiga 2 kr., emedan det ofta vore svårt för enskilde fattiga att lämna större ersättning.

Hagstrand yrkade 400 kr. i lön samt förlossningsarfvode af 2 kr., hvarjämte han ansåg lämpligt, att landstingen, som hade den öfriga sjukvården om hand, äfven tillsatte barnmorskorna, och att mötet därföre borde uttala sin sympati för barnmorskeförbundets begäran härutinnan.

Westberg yrkade, att förlossningsarfvodet ej sänktes under 3 kr.; för de fattiga borde kommunerna betala, och trodde han, att de skulle vara villiga därtill.

Weber trodde däremot ej, att kommunerna skulle vilja ikläda sig skyldighet att betala förlossningsarfvode för fattiga, hvarjämte svårighet skulle för dem möta att skaffa erforderliga betyg, yrkade därföre arfvodets sättande till 2 kr.

Ordf. upplyste, att i förslaget till nytt barnmorskereglemente kommunerna åläggas betalningsskyldighet för obemedlade, att arfvodet för förlossning kunde betraktas såsom flitpengar, att det vore en väl behöflig uppmuntran för barnmorskorna; påminte, att i det nya förslaget stadgas, att länsstyrelserna efter 1:e prov.-läkarnas hörande skola bestämma taxan för förlossningarna, och äga de därvid att taga hänsyn till de ekonomiska förhållandena i olika landsdelar.

Härpå beslöt mötet gilla styrelsens förslag till svar å barnmorskeförbundets begäran om yttrande angående deras petition med den förändringen, att minimilönen för barnmorska enligt mötets åsikt borde sättas till 400 kr., och uttalade dess-

utom mötet som sin mening, att ersättningen för förlossning borde sättas till minst 3 kronor.

§ 8. Mötets förhandlingar afbrötos för att fortsättas kl. 2.

§ 9. Ordföranden hälsade led. af riksd. 2:a kam. d:r Kjellberg, som infunnit sig för att lämna upplysningar i pensionsfrågan och framförde till d:r Kjellberg föreningens tack för hans sakrika och rastlösa arbete i riksdagen i samma fråga för tillgodoseende af provinsialläkarekårens intressen. Samma tack ville han uttala, ehuru denne ej var närvarande, till led. af riksd. 1:a kam. d:r Björck.

§ 10. Revisionsberättelsen upplästes, hvarefter styrelsen beviljades full och tacksam ansvarsfrihet.

§ 11. Nyström inledde diskussionen i pensionsfrågan med ett anförande (bilaga 4).

Ordf. uppläste de paragrafer i styrelsens protokoll af den 7 juli hvari föreslås åtgärder med afseende på pensionsfrågan och den Kungl Provinsialläkarekommitténs väntade utlåtande (bilaga 5).

Ordf. redogjorde summariskt för innehållet å de »gula lapparna» såvidt det berörde pensionsfrågan. 44 svar hade inkommit. För 15 af de viktigaste svaren redogjorde han i detalj (bilaga 6).

Kjellberg tackade för den vänliga hälsningen samt uttalade sig i pensionsfrågan; åtskilliga förslag hade redan framställts och grava anmärkningar gjorts mot vederbörande. Det vore för öfrigt nästan omöjligt för hvilken korporation som helst att vara fullständigt inne i frågan, så mycket mera som läkarna själfva ej visat sig vara det. — Han yttrade vidare, att man borde först vända sig mot Medicinalstyrelsen samt mot provinsialläkarna själfva, hvilka borde betraktas såsom vederbörande, och ej mot riksdagen.

När år 1904 frågan om rätt för extra provinsialläkarna att räkna 5 af sina tjänsteår såsom pensionsmeriter fallit i andra kammaren på enbart formella skäl, trodde man, att allt skulle vara klart för frågans goda lösning vid nytt återupptagande i riksdagen. År 1904 hade Medicinalstyrelsen på grund af extra provinsialläkarnas petition afgifvit ett mycket lyckligt affattadt utlåtande, men då endast en månad därefter styrelsen hade att yttra sig om förslaget till ny pensionslag, hade den med afseende på provinsialläkarna intet annat att hemställa än att 30 tjänsteår voro för mycket, hvarför dessa borde sänkas till 27. Hvarför? Emedan Medicinalstyrelsen patagligen trodde, att Kungl. Maj:t skulle erinra sig kungl. styrelsens strax förut afgifna utlåtande. Men Kungl. Maj:t synes ej hafva kommit ihåg detta. Medicinalstyrelsen borde därför hafva skrifvit utförligt i frågan, och provinsialläkarna borde bevakat sina intressen och ingripit redan medan pensionskommittén var sysselsatt med sitt arbete.

Ingen människa anade egentligen den innebörd för provinsialläkarna, som pensionsförslaget hade. Först 15 mars uppmärksamgjordes K. i frågan genom bref från läkare, hvarför han genast vände sig till vederbörande utskott.

Det vore omöjligt för utomstående att fullt känna en så komplicerad fråga. Att K. kunde den utantill berodde på hans fleråriga tjänstgöring inom medicinalstyrelsen.

Den enda kår inom landet, som har 2 slags tjänsteår, är läkarekåren. Är det möjligt att för utomstående på kort tid klargöra denna omständighets inflytande på frågans läge?

I pensionslagförslaget står ej tjänsteår i »statens tjänst». När K. vände sig till statsutskottet, fann han, att skillnaden mellan befordringsår och pensionsår var föga beaktad.

Ville påpeka såsom ett egendomligt förhållande, att i reglementet för civilstatens pensionsinrättning, utfärdadt så sent som 1888, uttryckligen tillförsäkras extra provinsialläkare rätt att mot erläggande af retroaktiv afgift räkna sig till godo alla sina tjänsteår för pensionsrätt. Men 1890 års tjänstgöringsreglemente för provinsialläkare säger intet härom; genom detta skapades ett alldeles nytt slag af extra provinsialläkare. Huru skall riksdagen kunna hålla reda på sådant? Därför borde provinsialläkarna vända sig mot Medicinalstyrelsen. För öfrigt hade de själfva tydligen icke reflekterat öfver denna sak.

Hade visserligen hört, att en riksdagsman redan i januari genom ett anonymt bref, troligen från en läkare, fått saken sig påpekad. Då detta ej ledde till någon synbar påföljd, hade brefskrifvaren bort söka få frågan på annat sätt upptagen, ty hade motion väckts i tid, hade saken möjligen fått en helt annan utgång.

Huruvida det varit till fördel eller nackdel för kåren, att statskontoret tagit bort de 20 tjänsteåren i egenskap af ordinarie provinsialläkare såsom villkor för pensions erhållande, är svårt att afgöra. Man skulle vara bra djupt inne i frågan för att afgöra dylikt.

K. ansåg, att det ej lönade sig för föreningen komma till riksdagen med yrkanden, förr än den nu arbetande provinsialläkarekommitténs utlåtande framkommit.

Det går ett rykte, att kungl. kommittén tänker föreslå bildandet af en pensionskassa för extra provinsialläkarna, hvilken kassa skulle retroaktivt inlösa dem, när de blefvo ordinarie, så att de skulle komma i parietet med dessa.

K. ville som sin mening framhålla, att den bästa linien, som kunde följas, vore att bifalla föreningens styrelses förslag att uppdraga åt en kommitté att sätta sig in i frågan och genast börja sin verksamhet, så fort det väntade kommittéutlåtandet framkommit. Man bör välja in i kommittén personer, som hafva intresse för saken och vilja skaffa sig grundlig kännedom om, hvad det gäller.

Under dylika förhållanden vore han säker på, att frågan skulle föras till lyckligt slut; ingen hade kunnat tro, att saken skulle så invecklas efter den utgång frågan fått 1904.

Schwieler ansåg för rättvist, att extra provinsialläkare finge räkna alla sina tjänsteår såsom pensionsår, men föga utsikt förefunnes att härtill vinna riksdagens bifall. Trodde att frågan bäst skulle lösas därigenom, att extra provinsialläkarna själfva bidrogo till sin pension alldeles som de ordinarie framdeles skola göra. Framhöll det orättvisa i att t. ex. en läkare vid ett kronohäkte skulle vid 60 år kunna söka och erhålla provinsialläkaretjänst samt vid 62 års ålder afgå med full provinsialläkarepension. För att hindra sådant torde vara nödvändigt, att särskilda kompetensvillkor fordrades för befordran till provinsialläkaretjänst, såsom fallet är för inträde och befordran i militärläkarebanan. Föreslog därför såsom kompetensvillkor minst 3 års tjänst såsom extra provinsialläkare.

Robbert var af olik mening med Schwieler. Man måste skilja på begreppen. Provinsialläkarna voro statens tjänstemän, extra provinsialläkarna kommunernas. Ville betona, att de senares tjänsteår voro *befordringsår* och därföre gifva företräde till provinsialläkareplats; andra läkare borde få förslag till dylik tjänst först då extra provinsialläkare ej söka. Men han ansåg rimligt, att extra provinsialläkare med statsbidrag borde få räkna åtminstone några, t. ex. 10 år, såsom pensionsmeriter, och de andra extra provinsialläkarna 5 år. Hoppades att detta skulle kunna genomdrifvas. Lönerna voro för små, enär lefnadsomkostnaderna mycket stegrats, därföre ej förmätet att fordra en utgångslön af 4,000 kronor samt 2 ålderstillägg. Framställde yrkande för sitt förslag angående extra provinsialläkarnas pensionsår.

Nyström kunde ej finna, att Schwielers förslag om särskilda kompetensvillkor för befordran till provinsialläkare skulle kunna förbättra extra provinsialläkarnas ställning, då ju hittills nästan inga andra än extra provinsialläkare befordrats till ordinarie provinsialläkare. För öfrigt ansåg han, att man ej borde göra skillnad mellan extra provinsialläkare med och utan statsbidrag. Statsbidragen hade tillkommit för att möjliggöra bildandet af extra provinsialläkaredistrikt uti fattigare orter. Samma skyldigheter måste medföra samma rättigheter.

Lundh ansåg, att alla extra provinsialläkare måste betraktas såsom statens tjänstemän. Det är ej lämpligt dela upp kåren såsom d:r Robbert gjort. Man måste i stället med all makt sträfva efter enhetlighet. Instämde med dem, som yrka, att mötet måtte till ledning för kommittén som åsikt uttala, att *alla* extra provinsialläkare måtte få räkna sina tjänsteår såsom pensionsmeriter.

Hagstrand yrkade bifall till förslaget om tillsättandet af en kommitté. Ville antingen att extra provinsialläkare skulle kvarstå i nuvarande ställning men då få räkna sina tjänsteår såsom pensionsmeriter eller att de gjordes till verkliga statstjänstemän. I riksdagen hade man ansett märkvärdigt, att ej redan så varit förhållandet. Ansåg att föreningen borde inrikta sina sträfvanden på den linjen, d. v. s. att så många som möjligt blefve ord. provinsialläkare.

Gustafson påpekade, att extra provinsialläkareplatserna i allmänhet tillkommit på enskild väg, hvarför orimligt vore begära att på en gång få in hela kåren på ordinarie stat. Man bör ej fordra mera, än man har utsikt att få. Yrkade dels att 10 år skulle begäras såsom pensionsmeriter för extra provinsialläkarna samt att deras hittillsvarande ställning borde bibehållas, dels att för befordran till provinsialläkare borde fordras 5 års tjänst såsom extra provinsialläkare, dels att lönefrågan ej borde sammankopplas med pensionsfrågan.

Håkanson beklagade, att ej Medicinalstyrelsen stod kvar på sin forna position. Ansåg, att frågan ej var så brådskande, utan kunde man väl afvakta kungl. kommitténs utlåtande och därpå vid efterföljande möte precisera kårens önskningar och fordringar, nu svåra att framställa. För öfrigt förenade han sig med Gustafson i uppmaning till försiktighet med fordringarna.

Berglund ansåg, att tiden väl behöfdes för anskaffande af material till utredning af de nuvarande tjänsteinnehafvarnas pensionsutsikter o. s. v., helt säkert ett drygt arbete; föreslog därföre, att kommittén genast tillsattes och framhöll, att intet kunde förloras därmed, att man begärde pensionsrätt för alla tjänsteåren.

Lundh instämde med Berglund i att en kommitté genast borde tillsättas, bland annat på det man ej skulle öfverraskas af att liksom i pensionsfrågan plötsligen stå inför ett fullbordadt faktum.

Kjellberg påpekade, att den nu arbetande kungl. kommittén ej fått i uppdrag att yttra sig i pensionsfrågan, och ett dylikt yttrande därföre endast kunde framkomma såsom bilaga till förslaget om ny distriktsindelning, hvadan ock möjligt, att pensionsfrågan självständigt skulle kunna komma till behandling hos Medicinalstyrelse och riksdag. Lätt skulle något galet kunna ske, om ej särskilda personer tillsattes, som fingo i uppdrag att öfvervaka kårens intresse. De borde naturligtvis hafva arfvode. Det ginge ej längre an att gå och lita på hvarandra. Numera finnes ej rätt för extra provinsialläkare att inkomma i civilstatens pensionsinrättning genom erläggande af retroaktiva afgifter. Pensionsunderlaget är ej med afseende på provinsialläkarna som för andra tjänstemän lönen, men den nya pensionslagens föreskrifter om afkortad pension gälla äfven dem. Alla extra provinsialläkare böra ställas lika, hvem som än tillsätter dem, och böra ställas lika med provinsialläkarna, enär alla hafva samma slags tjänstgöring.

Håkanson hade med anledning af upplysningar, som lämnats, intet emot, att kommittén tillsattes i dag. Det vore af största betydelse, att de kommitterade funnos till.

Westberg instämde men föreslog, att valet skulle uppskjutas till följande dag, på det tillfälle måtte beredas mötesdeltagarna att öfverlägga om, åt hvilka personer detta uppdrag borde lämnas.

Ordf. väckte proposition på att tillsätta en kommitté af tre ledamöter och två suppleanter, och beslöt mötet så. Och uppdrog mötet dessutom åt ordf. och sekreterarna att följande dag inkomma med förslag till instruktion för kommittén.

§ 12. Efter någon diskussion bestämdes arfvodet för kommitterade i enlighet med styrelsens förslag till 20 kr. pr dag och ersättning för verkliga resekostnaden efter 2:a klass järnväg.

§ 13. Den gamla styrelsen: Brorström, Dahlborg, Norberg, Nyström, Stenberg och ersättarna Möller, Sjödahl och Sundberg omvaldes med acklamation.

§ 14. Mötet beslöt efter någon diskussion bestämdt uttala som sin åsikt,

att meriter som extra provinsialläkare skola vid tillsättandet af ord. provinsialläkaretjänst betyda mera än sådana som militär-, fängelse-, järnvägs- och hospitalsläkare.

§ 15. Föreningen beslöt äfven efter diskussion ***enhälligt*** *att* vidhålla sitt uttalande från 1906, att provinsialläkarnas initiallön numera ej bör sättas under 4,000 kronor.

§ 16. Enär pensionsfrågan för provinsialläkarekåren nu blifvit på ett ytterst otillfredsställande sätt löst samt då extra provinsialläkarna hafva samma tjänstgöring och lika skyldig-

heter som de ordinarie, och därjämte utaf framstående ledamöter i riksdagen framhållits, att pensionsfrågan bör lösas genom att de extra provinsialläkarna berättigas räkna alla sina tjänsteår såsom meriter för erhållande af pension, beslöt föreningen uttala såsom sitt enhälliga önskemål, att de extra provinsialläkarna under nuvarande förhållanden borde få räkna alla sina tjänsteår såsom pensionsmeriter.

§ 17. Förhandlingarna fortsattes den 9 juli kl. 9 f. m.

§ 18. Följande förslag till instruktion för den under gårdagen beslutade pensionskommittén upplästes och antogs enhälligt:

»Kommittén får i uppdrag att noggrant sätta sig in i gällande författningar och andra förhållanden, som röra såväl pensionsfrågan som andra ärenden, hvilka af nu arbetande provinsialläkarekommitté behandlas, samt att, sedan den förstnämnde på ett ingående sätt tagit del af provinsialläkarekommitténs utlåtande, afgifva betänkande däröfver och föreslå de åtgärder, som med anledning häraf böra vidtagas, börande detta betänkande och dessa förslag i första hand inlämnas till föreningens styrelse, hvarjämte kommittén äger att dessutom vidtaga de åtgärder, hvartill förhållandena i öfrigt föranleda, allt i öfverensstämmelse med styrelsens protokoll af den 7 juli 1907.»

§ 19. Till medlemmar af kommittén utsågos A. Lundh, J. E. Odén och A. T. Sundberg, till suppleanter J. A. Nyström samt Konrad Schwieler, och skulle Lundh vara den sammankallande.

§ 20. Lundh föredrog: »Hvilka medel böra tillgripas, och hvilka åtgärder vidtagas för att höja provinsialläkarekårens sociala anseende och betydelse?» (bilaga 7.)

Efter något meningsutbyte mellan Robbert och Lundh angående värdet af s. k. feriekurser i Stockholm och utlandet samt svårigheten att erhålla goda sådana, och sedan ordf. framhållit, att i föredraget förekommit åtskilliga synpunkter, värda att taga vara på, samt att åtskilligt nog vore att göra för höjandet af kårens sociala anseende och kvalitet, beslöt mötet låta trycka föredraget i oktobercirkuläret.

§ 21. Lundh föredrog: »Om bildandet af en sjukkassa, hvari alla provinsialläkareföreningens medlemmar böra ingå» (bilaga 8). På Lundhs förslag tillsattes en kommitté af tre

personer, som fingo till uppgift att med uppmärksamhet följa den kommittés arbete, hvilken antagligen komme att tillsättas af Allm. Sv. Läkareföreningen i och för undersökning rörande möjligheterna af en för hela svenska läkarekåren gemensam sjuk- och understödskassas bildande. Om dessa försök strandade, eller provinsialläkarekårens berättigade intressen ej genom bildandet af denna kassa på lämpligt sätt tillvaratogos, skulle kommittén gripa in och komma med förslag om en dylik kassa för enbart provinsialläkarekåren.

Mötet beslöt söka utverka, att en af denna kommittés ledamöter invaldes som medlem i Allm. Sv. Läkareföreningens kommitté, om sådan tillsattes.

§ 22. Till ledamöter i ofvannämnda kommitté utsågos herrar C. Dahlborg, J. A. Håkanson och K. O. Westberg med den förstnämnde som sammankallande.

§ 23. Mötet beslöt att ej lämna kommittén någon särskild instruktion.

§ 24. A. F. Robbert höll föredrag: »Om utgifvande genom provinsialläkareföreningen af en särskild tidskrift, behandlande social medicin» (bilaga 9).

I diskussionen yttrade sig först redaktören för Allmänna Sv. Läkartidningen *K. Kjellberg.* Det i föredraget framlagda programmet ansåg han tilltalande och storslaget; det vore en heder för provinsialläkarekåren, om en sådan tidskrift kunde komma till stånd. Det vore ej rätt att nedslå entusiasmen, men det kunde ej hjälpas. Möjligt vore ju, att företaget skulle kunna ekonomiskt bringas igenom, ty ett statsanslag kunde kanske erhållas, sedan tidskriften varit i gång någon tid, men en annan sak vore, att det blefve nästan omöjligt erhålla medarbetare, då de svenska läkarna ej gärna vilja yttra sig i allmänna sociala frågor. De afse med sociala frågor alltid sina kårintressen. Det är till och med svårt att få upp sådana frågor, t. ex. alkoholfrågan, i Sv. läkaresällskapet (som ju helst vill anses vara en medicinsk akademi), emedan den anses ej hafva tillräcklig vetenskaplig bärighet. Endast då det gäller läkarnas egna intressen är ej svårt få medarbetare; då saknas aldrig insändare. Annat är, då det gäller de stora samhälleliga fragorna.

Läkartidningen hoppades till en början att kunna blifva ett organ för social medicin, men de med skäl väntade bidragen från de medarbetare, som återfinnas på tidskriftens omslag, hafva i regel uteblifvit. Gent emot d:r Robbert anmärkte han, att redaktionen aldrig rådt läkarekåren uppdela sig i fackafdelningar, den hade endast konstaterat, att så vore fallet. Omöjligt vore för 2 personer i Stockholm öfvervaka, att alla kårens ekonomiska intressen vederbörligen tillgodoseddes, t. ex. hålla reda på alla cirkulär, som järnvägsstyrelsen utfärdar, och som kunna beröra järnvägsläkarna. Läkarna påpeka ej ens med ett brefkort för redaktionen, när något är att uppmärksamma.

Lundh har uttryckt önskvärdheten af att i Läkartidningen intogos kortare terapeutiska redogörelser. I 4 år har Läkartidningen försökt skaffa sådana notiser; omöjligt; det finnes ej en lärare vid Institutet, som vill lämna en notis; en klinisk lärare skall skrifva minst en afhandling, och andra läkare hafva ej tid. Ett annat skäl för dem är, att man »ej skall stoppa i praktiserande läkare terapi med sked». De skola lära sig läsa långa uppsatser, och när man anför, att de ej hafva tid härtill, så beklagas detta djupt.

Svårt att få upp det sociala intresset, men detta är nödvändigt, innan en social medicinsk tidskrift kan startas. Huru ofta får man en läkare att skrifva i en medicinsk-social fråga. I utlandet, Tyskland och Danmark t. ex., är intresset härutinnan vida större. Här är synnerligt svårt att få läkare eller medicine kandidater med i det sociala upplysnings- och nydaningsarbetet. Vore det ej så, skulle läkarnas ställning till folket vara en helt annan.

K. frågade: hvarföre ej försöka att använda Läkartidningen eller en del däraf såsom ett socialt organ, och hvarföre ville provinsialläkareföreningen ej använda tidningen till publicerandet af sina förhandlingar? Bättre vore utvidga en redan befintlig tidning, hvars program just varit det i föredraget framställda, fast detta i brist på medarbetare aldrig kunnat genomföras. Med stor glädje skulle hälsas hvarje medarbetareskap på detta område.

Robbert uttalade sin förvåning öfver Kjellbergs senaste yttrande, då hvarje medlem af provinsialläkareföreningen troligen vore villig att blifva medarbetare. Emedan de sociala intressena äro så små, vore en tidning som den föreslagna dubbelt nödvändig för att uppamma dylika intressen. Om tidningen, såsom Kjellberg föreslagit, utvidgades, fingo föreningen i alla fall intet särskildt organ för sina intressen, och utan sådant kunde de ej bevakas.

Kjellberg invände såsom exempel på svårigheten att få medarbetare, att vid en framstående kollegas (Bergvalls) död, oaktadt telegram till flere honom närstående kamrater med anhållan om en dödsruna, detta visade sig omöjligt.

Bissmark anförde, att Robberts förslag för närvarande ej kunde realiseras, enär det ekonomiskt skulle visa sig outförbart, ansåg, att man bäst kunde använda Läkartidningen.

Hedlund framhöll, att det gällde för kåren att ej söndra sig i fackafdelningar utan så mycket som möjligt samarbeta.

Kjellberg klandrade ej, att provinsialläkareföreningen toge initiativet men ville pointera, att denna fråga gällde hela läkarekåren.

Robbert anhöll om, att frågan finge förklaras hvilande.

Föreningen beslöt på ordförandens framställning, att med bifall till Robberts förslag föredraget skulle i cirkuläret intagas.

§ 25. Hasslers föredrag om: »Hvad bör och kan åtgöras till förbättring af skogsarbetarnas bostadsförhållanden under afverknings- och flottningstiden?» upplästes af Wildner (bilaga 10).

I diskussionen yttrade sig:

Lundh, som ansåg på grund af mångårig erfarenhet i Västerbottens lappmark, att förhållandena visserligen vore betänkliga, dock ej i så

hög grad som i föredraget skildrats; detta kunde möjligen förklaras af, att förhållandena voro olika i olika trakter. Svårt vore säga, hvad som borde göras; möjligen borde andra parten, d. v. s. skogsägarna, höras, och vore under alla förhållanden en utredning behöflig. Föreslog, att föreningen för närvarande skulle göra ett sympatiuttalande i frågan.

Warodell förklarade, att i Hasslers skildring ej funnes minsta öfverdrift, utan ville han i allt bekräfta densamma.

Ehinger instämde med Warodell och ansåg, att lifvet i timmerkojorna bidroge till spridande af tuberkulos.

Fries: ej spår till öfverdrift i skildringen; nämnde som exempel, att han i en koja funnit sådan öfverbefolkning, att de på britsarna liggande ej kunnat vända på sig utan att först resa sig upp; af 22 innevånare i en koja hade 18 måst söka läkare för lungsjukdomar. — Riktigt vore, att ett uttalande gjordes.

Berglund framhöll, att i Jämtland, Härjedalen och öfre Dalarne lifvet i kojorna motsvarade allmogens vanliga lif i hemmen; därför vore ej nu mycket vunnet med förbättringar i kojorna, utan borde befolkningen först hygieniskt uppfostras.

Håkanson ansåg, att, efter allt hvad som anförts, behof verkligen förefunnes för att göra något och föreslog, att uppgifter från läkare i alla de trakter, där skogsdrifning ägde rum, insamlades och föredrogos för ett kommande möte.

Sjöberg meddelade, att i Helsinglands skogsbygd befolkningen vore medveten om, att de anförda förhållandena vore mycket undermåliga.

Kjellberg framhöll, att detta vore en social-medicinsk fråga af stor vikt, som väl skulle lämpa sig för diskussion i Läkartidningen; påpekade att möjligen inflytande uppsatser ej behöfde vara några vetenskapliga afhandlingar utan hellre enkla meddelanden om läkarnas erfarenheter. Han anhöll att i dagens protokoll få uttala Läkartidningens villighet att intaga föreningens publikationer.

På ordförandens förslag beslöt föreningen att framställa en anhållan till förste provinsialläkarna i Norrland och Dalarne att inhämta upplysningar från de respektive tjänsteläkarna angående saken i fråga och meddela resultatet till provinsialläkareföreningens styrelse.

§ 26. Mötets förhandlingar fortsattes den 10 juli kl. $^1/_2$9 f. m.

§ 27. Valdes d:r Berglund till sekreterare, sedan d:r Brorström afrest.

§ 28. Upplästes af Hollström en af Sandberg författad uppsats: »Tillsättas läkaretjänsterna vid statens järnvägar på ett tidsenligt sätt?» (bilaga 11).

Sedan flera yttrat sig i frågan, beslöt man tillsätta en kommitté af 2 personer att kommunicera med redan af järnvägsläkarna tillsatt kommitté och i öfrigt med uppmärksamhet

följa frågan; i nämnda kommitté invaldes Nyström i Tumba och Westberg i Löfsta.

§ 29. D:r Bissmarck meddelade, att d:r Haase i Stegeborg drabbats af sinnessjukdom, vore fullständigt medellös samt sålunda i trängande behof af hjälp. Omkring 600 kronor erfordrades för att täcka utgifterna för hans underhåll under närmaste tiden. Och beslöt föreningen efter en stunds diskussion att lämna ett tillfälligt understöd af 600 kronor till d:r Haase och hans maka med villkor, att af dessa 400 kronor användes till premieinbetalning å hustruns lifränta och 200 kronor till H:s underhåll å hospitalet. Medlen öfverlämnas och förvaltas af d:r Håkansson i Söderköping. Möjligen öfverblifvande belopp ställas till fru H:s disposition.

§ 30. Ordf. hemställde, att en 4:e del af »Hälso- och sjukvården på landsbygden» skulle utgifvas och upplyste, att d:r Dahlborg i Rimbo åtagit sig mot ett arfvode af 250 kronor ombesörja utgifningen af ett dylikt verk; och blef detta föreningens beslut.

§ 31. Ordf. fortsatte redogörelsen för innehållet å de gula lapparna (bilaga 6).

Styrelsen hade föreslagit, att af räntan från det Monténska legatet 300 kronor skulle användas till pris för den bästa uppsatsen i pensionsfrågan. Då det ansågs, att, sedan en särskild kommitté tillsatts för utredning af denna fråga, ett utdelande af pris för nämnda ändamål ej vore nödvändigt, beslöt mötet, att föreliggande ärende för närvarande ej skulle föranleda till någon åtgärd.

Beträffande *vaccinationsfrågan* instämde mötet i att vaccinen varit underhaltig.

Angående *verkan af lagen om fosterbarns vård*, beslöt föreningen, att anförandena å gula lapparna skulle utgöra dess svar å frågan.

Föreslagna diskussionsämnen upplästes, och uppdrog mötet åt ordföranden att på vanligt sätt tillskrifva förslagsställarna med begäran om föredrags hållande till inledande af diskussion vid nästkommande möte.

§ 32. Styrelsen hade föreslagit, att med 500 kr. understödja Brorströms afhandling om den akuta barnförlamningen.

Ehuru de flesta ansågo, att arbetet vore värdt understöd, beslöt föreningen, emedan tillgångarna voro begränsade, på förslag af Hagstrand bemyndiga styrelsen att med ett belopp

intill 500 kronor, om behöfligt, understödja afhandlingens tryckande på svenska; dock skulle Brorström först söka få sitt arbete infördt i någon uti Sverige utgifven medicinsk tidskrift.

§ 33. Ordf. hemställde, att föreningen måtte invälja ledamoten af riksd. 2:a kam., med. d:r Knut Kjellberg till extra ordinarie ledamot. Denne hade nämligen genom intensivt arbete och stort under riksdagen visadt intresse samt genom synnerligen instruktiva anföranden under mötet på mångahanda sätt gagnat föreningen, hvarföre man på detta sätt borde visa sin erkänsla.

Och beslöt föreningen enhälligt i enlighet med ordförandens framställning.

§ 34. Upplöstes mötet, sedan ordf. betygat föreningen sin erkänsla för visadt förtroende, hvarpå vice ordf. till den förstnämnde framförde mötets tack.

Sundsvall den 10 juli 1907.

Gustaf Norberg,
ordförande.

Adolf Lundh.

Justeradt:

Erik Sjöberg. *K. F. Hollström.*

Protokoll, fördt vid sammanträde med Sv. Provinsialläkareföreningens styrelse i Sundsvall den 10 juli 1907.

Närvarande: herrar Norberg, Nyström och Stenberg.

§ 1. Till ordförande för nästa arbetsår utsågs hr Norberg, till skattmästare hr Stenberg och till sekreterare hr Dahlborg.

§ 2. Till sekreterare för mellersta kretsen återvaldes hr Dahlborg, för norra hr Nyström och för södra hr Brorström.

§ 3. Uppdrogs åt ordföranden att om möjligt söka få i Allm. Sv. Läkartidningen införd en fullständig redogörelse för årsmötets förhandlingar, och skulle i så fall särtryck häraf utdelas åt föreningens ledamöter. I annat fall skulle som vanligt förhandlingarna utdelas genom ett särskildt cirkulär.

§ 4. Upplöstes sammanträdet.

Som ofvan.

Gustaf Norberg.

Berättelse

om den af undertecknade, därtill utsedde revisorer, denna dag verkställda granskning af Svenska Provinsialläkareföreningens räkenskaper för år *1907* (fr. 1/7 1906 till 1/7 1907).

Provinsialläkareföreningen.

Inkomster:

Behållning från föregående år	kr.	14,777: 31
Influtna räntor	»	725: 68
245 årsafgifter à 10 kr.	»	2,450: —
244 porton à 0: 25	»	61: —
	Kr.	18,013: 99

Utgifter:

Enligt företedda verifikationer	kr.	2,899: 62
Behållning	kr.	15,114: 37

Behållningen redovisas sålunda:

På deposition i Södermanlands Ensk. Bank	kr.	14,000: —
Kontant i kassan	»	1,114: 37
Summa	kr.	15,114: 37

Monténska legatet.

Inkomster:

Behållning från föregående år	kr.	9,849: 60
Influtna räntor	»	482: 82
	Kr.	10,332: 42

Utgifter:

Under året		inga.
Behållning	kr.	10,332: 42

Redovisas sålunda:

På deposition i Södermanlands Ensk. Bank	kr.	10,000: —
På sparkasseräkning i d:o	»	332: 42
Summa	kr.	10,332: 42

Jubileumsfonden.

Inkomster:

Behållning från föregående år	kr.	1,404: 73
Räntor	»	83: 82
Insamlade medel	»	285: —
	Kr.	1,773: 55

Behållningen redovisas sålunda:

På deposition i Södermanlands Ensk. Bank	kr.	1,500: —
På sparkasseräkning i d:o	»	273: 55
	Summa kr.	1,773: 55

Som räkenskaperna befunnits noggrant förda och försedda med vederbörliga verifikationer, få vi föreslå, att föreningen beviljar styrelsen full och tacksam ansvarsfrihet för den tid, revisionen omfattar (1/7 1906—1/7 1907).

Adolf Håkansson. *Ax. R. Warodell.*

Bilaga 1.

Årsberättelse

från

Svenska Provinsialläkareföreningens styrelse,

afgifven till årsmötet i Sundsvall den 8 juli 1907
för arbetsåret 1/7 1906—30/6 1907.

---

§ 1. Vid provinsialläkareföreningens årsmöte i Stockholm den 20—21 augusti 1906 återvaldes till styrelseledamöter doktorerna Brorström, Dahlborg och Norberg samt nyvaldes, sedan hrr Söderbaum och Christiernsson bestämdt yttrat sin önskan att afgå, hrr Nyström och Stenberg.

Till ersättare återvaldes hrr Möller och Sjödahl samt nyvaldes hr Sundberg.

§ 2. Vid därpå hållet styrelsesammanträde utsågs till ordförande G. Norberg, till kassaman M. Stenberg, till sekreterare: i södra kretsen Th. Brorström, i mellersta C. Dahlborg och i norra kretsen J. A. Nyström.

§ 3. Som vanligt har styrelsen efter årsmötet utsändt ett cirkulär (oktober 1906) med fullständig redogörelse för mötesförhandlingarna.

§ 4. Sistlidne september månad utsände ordföranden enligt styrelsens beslut ett cirkulär till föreningens samtliga ledamöter med anhållan om ett bidrag af 3 kronor pr man för åstadkommande af en minnesgåfva åt föreningens nitiske ledamot Christiernsson, hvilken alltifrån stiftandet varit styrelsemedlem samt kraftigt och framgångsrikt befrämjat våra intressen. Förslaget vann så stor och allmän tillslutning, att ej mindre än 600 kr. inflöto.

Vid styrelsesammanträdet den 6 sistl. maj inköptes för 575 kr. en större, ciselerad dryckeskanna jämte slef och 12 bägare af samma metall, och öfverlämnades till Chr. denna minnesgåfva enligt styrelsens beslut den 8 sistl. maj af undertecknad jämte C. Dahlborg.

Öfverskjutande belopp af insamlingen lades till »Jubileumsfonden».

§ 5. I september utsändes äfven ett cirkulär för att inhämta styrelseledamöternas åsikt angående utgifvande af en ny del »Om hälso- och sjukvården å Sveriges landsbygd». Vid styrelsens majsammanträde beslöts att under kommande möte föreslå utgifvandet af ett sådant arbete.

§ 6. Till föreningens samtliga ordinarie ledamöter samt några andra har utdelats den af C. Dahlborg författade festskriften »Provinsialläkareföreningen 1881—1905».

§ 7. Så fort ske kunde efter sedan »Förteckning å svenska läkare m. m.» för 1907 blifvit tillgänglig, utgafs ny förteckning å vår förenings ledamöter, enligt hvilken finnas 255 ordinarie ledamöter, hvaraf 7 ständiga efter erläggande af 75 kronor en gång för alla, samt 43 extra ordinarie. 245 årsafgifter hafva influtit.

§ 8. Med anledning af Svenska barnmorskeförbundets skrifvelse till styrelsen rörande vissa önskemål beträffande förslaget till nytt barnmorskereglemente, har undertecknad afgifvit förslag till yttrande, hvilket behandlades vid senaste styrelsesammanträdet och nu kommer att föreläggas mötet.

§ 9. Rörande styrelsens åtgärder med anledning af den i årets riksdag behandlade och afgjorda pensionsfrågan, hänvisas dels till det sistl. maj utgifna cirkuläret och dels till den af undertecknad lämnade redogörelsen för styrelsens verksamhet, hvilken föredrogs vid sammanträdet i maj detta år. (Upplästes.)
Pensionsfrågans utgång har, som man kunde vänta, öfverallt väckt misstämning, hvilken nog på många håll stegrats till förtrytelse, och har möjligen den sistnämnda från en eller annan riktats mot föreningens styrelse. Framtiden må utvisa, i hvad mån sådana förebråelser äro berättigade. Själf har nog en eller annan styrelsemedlem en ganska bitter erfarenhet från den tid, han var extra provinsialläkare, och kan därföre aldrig förgäta, huru viktigt det är, att just för dessa tjänsteläkares skull söka få pensionslagen ordnad på ett tillfredsställande sätt.
Naturligare synes det emellertid hafva varit, att provinsialläkarnas pensionsfråga behandlats först i samband med läkarekommitténs betänkande, något som man hade skäl att på förhand antaga. Skulle sistnämnda utmynna i förslag om, att extra provinsialläkarnas tjänsteår helt eller delvis äfven skulle få räknas som pensionsmeriter, blefve ju allt godt och väl; ett sådant slutresultat är måhända att förvänta, och bör vår förening med ej mindre enighet än kraft verka för detta måls ernående.

§ 10. Den 6 och 7 sistl. maj sammanträdde provinsialläkareföreningens styrelse i Stockholm för behandling af föreningens angelägenheter, uppgörande af program för årsmötet, inval af nya ledamöter, bestämmande af minnesgåfva åt d:r Christiernsson m. m.

a) Till ledamöter i föreningen föreslogos en förste och sju extra provinsialläkare, af hvilka följande hittills antagit kallelsen:
extra provinsialläkaren i Malsjö distrikt J. V. O. T. Efvergren,
» » » Södra Unnaryds » Carl Lundgren,
» » » Ljusnarsbergs » C. A. Björklund.
» » » Stuguns » J. G. Åberg,
hvarjämte en annan extra provinsialläkare tills vidare anhållit om betänketid.

b) Årsafgiften föreslår styrelsen nu som förut bör utgå med 10 kronor.

c) Som i maj-cirkuläret nämnes, beslöts att hålla föreningens årsmöte å Stadshuset i Sundsvall måndagen den 8 juli kl. 9 f. m. samt dagen därpå fortsätta arbetet såsom sektion af allmänna svenska läkaremötet.

§ 11. För kassornas ställning samt föreningens inkomster och utgifter lämnas redogörelse af de vid mötet utsedda revisorerna.

§ 12. Enligt styrelsens beslut har genom ordföranden en tacksamhetsskrifvelse å föreningens vägnar tillställts riksdagsmännen, doktorerna Björck och Kjellberg.

§ 13. Likaså har på uppdrag af styrelsen ordföranden upprättat arkivförteckning samt börjat föra konceptbok och diarium.

Genom Medicinalstyrelsens välvilja har föreningen från denna myndighet erhållit dess förslag till ändring af läkaretaxan, hvilket cirkulerat bland styrelsens ledamöter och vunnit dess bifall. Det kommer här att delgifvas föreningen.

Under redovisningsåret hafva af ordinarie ledamöterna aflidit provinsialläkarna E. Hæggström och L. B. Smitt samt af de extra ordinarie f. d. provinsialläkaren Bengt Svensson.

Nyköping den 30 juni 1907.

På styrelsens vägnar:

Gustaf Norberg.

Bilaga 2 a.

Till

Allmänna Svenska Provinsialläkareföreningens styrelse.

Sedan vi till herr civilministern inlämnat en petition, som i afskrift bifogas och af statsrådet fått det rådet, att rörande frågan särskildt om *barnmorskornas ställande direkt under landstingen* i stället för under kommunerna vända oss till provinsialläkarna, få härmed vördsamt hänskjuta *bedömandet* af våra *önskningar* till provinsialläkareföreningen med förhoppning, att herrar provinsialläkare måtte stödja våra sträfvanden till barnmorskekårens höjande och godhetsfullt *vidtaga de åtgärder, som synas önskvärda.*

Utbedjande oss ett *utlåtande* öfver vår *petitions kraf* eller, om detta ej låter sig göra, diskussionsprotokoll öfver ärendet, teckna vi

Vördsammast.

Stockholm i januari 1907.

J. C. Qvarzell. *Anna Nordal.*

Hilda Sandström. *Anna Sundberg.*

Emma Nesselius. *Maria Bergstrand.*

Bilaga 2 b. *Afskrift.*

Till Konungen.

Inför Eders Kungl. Majestät drista sig Sveriges barnmorskor genom undertecknade, utgörande centralstyrelsen för Svenska barnmorskeförbundet, i djupaste underdånighet anhålla, det täcktes Eders Kungl. Majestät i nåder att till nästkommande riksdag framlägga proposition till barnmorskeväsendets fullständiga omdaning, i enlighet med hvad kåren förut i underdånighet flera gånger petitionerat och som här nedan närmare angifves.

Sveriges barnmorskekår har alltid haft svårt att, trots ärlig sträfvan, fullt motsvara de viktiga kraf, som på den ställes. Orsakerna härtill ligga förnämligast i sätt för barnmorskekårens rekrytering, undervisningens bedrifvande, den i förhållande till det ansvarsfulla arbetet alltför knappa ersättningen, och sättet för barnmorskornas anställande.

Såsom nu sedan år tillbaka skett, ställas alltför små fordringar på dem, som antagas till elever. Den allmänna bildningsnivån är ej större än en knapp folkskolekurs. Utom att en allvarligare pröfning icke behöfver föregå inträdesansökan med hänsyn till kunskapsmått och föregående sysselsättning, kräfves ej heller en vandel intygad på betryggande sätt. Härigenom kunna helt visst olämpliga element indragas i kåren, hvilkens ställning härigenom från första början blir vacklande. När sedan eleven är antagen, får hon sysselsättas med gröfre arbeten, som icke kunna anses skaffa henne utbildning i facket och som tillkommer våra tjänande systrar. Äfven om man måste medgifva, att någon förändring till det bättre införts på senare tid, måste dock steget tagas fullt ut, och studietiden uteslutande användas för den rena fackutbildningen. Studietiden är i alla fall alltför kort och det är omöjligt att under ett år vinna den erfarenhet och duglighet, som är behöflig. Därtill behöfves godt två år.

När sedan barnmorskan är färdig att träda ut i sin praktik, aflönas hon på så dåligt sätt, att det är omöjligt för henne att följa med sin tid genom anskaffande af litteratur o. s. v. Hennes arbete måste gå ut på att skaffa sig bisysselsättningar för att kunna lefva, och på detta sätt stannar hon efter och känner sig olycklig öfver sin ställning. Med lön af 200 kronor kan hon ej i våra dagar hålla sig uppe. Med den oerhörda minskning i penningens värde, som blifvit en följd af nuvarande prisstegringar på allt, måste ock följa ökade löneanspråk. Det verksamhetsfält, som erbjudes henne, är också ofta alltför litet. Små socknar på några få hundratal innevånare kunna ej erbjuda tillräckligt arbete. Som det också är svårt att förena flera socknar till ett gemensamt barnmorskedistrikt, och som barnmorskorna helt och hållet äro beroende af den kommuns medlemmar, hvilka de skola betjäna, på detta sätt äro fullständigt skyddslösa, se vi ingen annan utväg att förbättra läget, än att landstingen taga barnmorskekåren om

hand. Därigenom kan ordning införas med hänsyn till barnmorskors till- och afsättning, arbetsfältets bestämmande till lämplig storlek och en mera kompetent kontroll införas öfver deras verksamhet, hvarigenom ock faran för orättvis behandling i betydligt större mån kan undvikas. Det finnes väl, synes det, lika viktiga skäl för en sådan anordning, som t. ex. för sjuksköterskors och veterinärers ställande direkt under landstingens förvaltning.

Vi anhålla därför i djupaste underdånighet, att Eders Kungl. Majestäts nådiga förslag må omfatta:

1) Större kraf på den, som önskar blifva barnmorskeelev;

2) Undervisningstidens förlängning till 2 år, hvarförutom denna studietid användes för den egentliga fackutbildningen och ej för gröfre sysslors utförande;

3) Barnmorskornas ställande under landstingen;

4) Lönernas höjande till 400 kr. förutom rymlig och sund bostad, bestående af 2 rum och kök med vedbrand, eller hyresersättning och ersättning för förrättning enligt en för alla lika stor taxa från 5—25 à 30 kr.; samt

5) Inrättandet af barnmorskedistrikt af en viss storlek.

Underdånigast.

Rätt afskrifvet intygas.

Stockholm i januari 1907.

J. C. Qvarzell. *Emma Nesselius.* *Maria Bergstrand.*

Bilaga 3.

Yttrande

öfver

Barnmorskeförbundets underdåniga ansökan hos Kungl. Maj:t om »barnmorskeväsendets fullständiga omdaning».

I skrifvelse till Svenska Provinsialläkareföreningens styrelse har Svenska barnmorskeförbundet anhållit om föreningens utlåtande öfver ofvannämnda underdåniga »petitions kraf».

Med anledning häraf får Svenska Provinsialläkareföreningen anföra:

Efter en föregående motivering utmynnar förbundets önskemål i följande hufvudpunkter enligt bifogad afskrift af den underdåniga petitionen:

»1) Större kraf på den, som önskar blifva barnmorskeelev;

2) Undervisningstidens förlängning till 2 år, hvarförutom denna studietid användes för den egentliga fackutbildningen och ej för gröfre sysslors utförande;

3) Barnmorskornas ställande under landstingen;

4) Lönernas höjande till 400 kr. förutom rymlig och sund bostad, bestående af 2 rum och kök med vedbrand, eller hyresersättning och ersättning för förrättning enligt en för alla lika stor taxa från 5—25 à 30 kr.; samt

5) Inrättande af barnmorskedistrikt af en viss storlek.»

Beträffande punkt 1 må anföras, att i kungl. Medicinalstyrelsens »Förslag till stadga för barnmorskeundervisningen» af $^{16}/_{3}$ 1906 äro inträdesfordringarna högre än i nu gällande barnmorskereglemente. Att för inträdessökande fordra »fullständig folkskolekurs» eller samma kunskaper, som kräfvas för inträde vid folkskolelärarinneseminarierna, vore fullkomligt onödigt och skulle ej medföra åsyftadt gagn. — Vid första provinsialläkaremötet i Stockholm den 11—14 oktober 1904, då ett af Medicinalstyrelsen afgifvet förslag till nytt barnmorskereglemente ventilerades, voro åsikterna rörande inträdesfordringarna visserligen delade, men synes föreningen, att den erfarne barnmorskeläraren professor Sondéns uttalande härvidlag vägde tyngst i vågskålen. Han ansåg bland annat, att de, som inhämtat och väl behärskade folkskolans minimum, i allmänhet kunde följa med undervisningen. »Erfarenheten hade ofta visat, att de elever, som tillhörde de högre samhällsklasserna och erhållit vida mer undervisning, likväl icke följt med sin kurs bättre eller visat mera omdöme och duglighet än de enkla bondflickor, som förut blott inhämtat folkskolans minimum, icke heller hade de sedermera visat sig särskildt utmärkta i sitt yrke, enär de icke kunnat

sätta sig in i allmogens förhållande och lefva dess lif. Det vore dock en viktig fordran, då ju flertalet barnmorskor måste utöfva sin verksamhet inom de lägre samhällslagren och nöja sig med dessas enkla lefnadsvanor och utstå de ansträngningar, som i obygder med besvärliga kommunikationer etc. äro nödvändiga.»

Dessutom ansåg Sondén, att afgångsbetyg från folkskola vore alldeles otillräckliga för att bedöma de sökandes kunskaper och uppfattningsförmåga samt att de s. k. hemmadöttrarna utgjorde det bästa materialet för utbildande af dugliga barnmorskor.

Det vore således obehöfligt att uppställa sådana fordringar, som för många skulle kräfva långvarigt arbete utan att ändå säkert medföra inträde i undervisningsanstalten.

I Medicinalstyrelsens förslag äro därföre inträdesfordringarna redigerade i hufvudsaklig öfverensstämmelse med § 34 af nådiga stadgan för seminarier enligt kungl. kungörelsen af 1894 $^{16}/_{11}$, men med uteslutande af sådant, som dels endast skulle utgöra ett hinder för kvinna af främmande trosbekännelse att blifva antagen till elev, dels vore för den blifvande barnmorskan en onödig barlast, ofta nog betungande henne med ökadt arbete, tidsutdräkt och kostnad utan någon afsevärd vinst för framtiden.

Enligt uppgift väljas redan nu elever företrädesvis bland sökande med högre kunskapsmått, och sålunda kommer barnmorskekåren småningom upp på en högre bildningsnivå, men att öka inträdesfordringarna i en sådan grad, att bland andra allmogedöttrarna från mer aflägsna trakter inom landet skulle härigenom utestängas från barnmorskeläroanstalterna, vore utan tvifvel en åtgärd, som hämnade sig själf.

Genom Medicinalstyrelsens förslag anser föreningen således barnmorskornas fordran på större kunskapsmått vid inträdespröfningen vara i rimlig grad tillgodosedd.

Ett annat »kraf», hvilket måhända ej föresväfvat barnmorskorna vid affattandet af den underdåniga petitionen, må äfven i detta sammanhang något beaktas; både i nu gällande barnmorskereglemente och i Medicinalstyrelsens förslag till nytt föreskrifves »intyg af tvänne i sökandens hemort bosatta, välkända män, att hon äger erforderliga medel såväl för sitt uppehälle under lärotiden som till inköp, efter dess slut, af nödiga instrument». — Enligt Sondéns utsago vid förutnämnda förste provinsialläkaremöte, visa sig dessa intyg ofta vara af ringa tillförlitlighet, då det efter kursens påbörjande framgått, att hälften och till och med tre fjärdedelar af de antagna eleverna saknat tillgångar att på ett något så när hyggligt sätt existera under lärotiden. Medicinalstyrelsen har därför riktat sina tankar på en självdeklaration af de inträdessökande, hvarigenom man skulle kunna erhålla en något exaktare upplysning om sökandens ekonomi, och denna vore väl för höjande af barnmorskornas sociala ställning mycket viktigare än fordran på större kunskaper, hvarom så ofta talas.

Enligt yttrande af Medicinalstyrelsen, refereradt i n:r 6 af »Jordemodern» för innevarande år, är elevs skyldighet att ställa borgen för afgift till »internatet» fastställd.

I n:ris 5 och 6 af »Jordemodern» för 1907 erhåller man del af barnmorskelärarnas utlåtanden om förslaget till den nya undervisningsstadgan och det nya reglementet. Här fasthåller professor Sondén vid sina uttalanden under förste provinsialläkaremötet 1904. Professor Essen-Möller yrkar bland annat på anförda skäl, »att sökande barnmorskeelever förpliktigas att tjänstgöra på prof vid undervisningsanstalten en månad, under hvilken tid de för yrket mindre lämpliga kunna afvisas».

En sådan anordning är utan tvifvel särdeles fördelaktig samt af ej ringa vikt. Härigenom tillgodoses ju äfven barnmorskornas önskemål under moment 1.

Hvad beträffar intyg om vandel, är man i allmänhet ense om, att ett sådant intyg är svårt att anskaffa och ofta nog föga tillförlitligt, men har Medicinalstyrelsen i sitt förslag sökt att såvidt möjligt härutinnan tillmötesgå barnmorskornas önskan, då den i stadgeförslaget bestämt, att ansökningar skola affattas enligt af samma styrelse fastställdt formulär, hvari bestämda frågor af de sökande besvaras, således en sorts självdeklaration i likhet med ansökningarna till en del sjuksköterskeskolor.

Hvad angår punkt 2, däri begäres undervisningstidens förlängning till 2 år, hafva de fleste barnmorskelärarna på grund af lång erfarenhet förklarat, att den nuvarande och i det nya förslaget bibehållna tiden af ett år är tillräcklig för utbildande af en duglig barnmorska, om hon har god fattningsgåfva. Kursens förlängning skulle dessutom åsamka eleverna ökad kostnad, en omständighet så mycket mera beaktansvärd, som härigenom mången dugande person blefve afstängd från yrket. Pa grund af dessa och åtskilliga andra skäl, hvilka finnas anförda i kungl. Medicinalstyrelsens sakrika motivering (se »Jordemodern» häft. 1 och följande för innevarande år), anser föreningen ej behöfligt att förlänga undervisningstiden, i synnerhet som enligt förslaget möjligheten af ytterligare 3 månaders lärotid för de elever, som däraf äro i särskildt behof, ej är utesluten.

I samma punkt talas om, att studietiden bör användas »för den egentliga fackutbildningen och ej för gröfre sysslors utförande».

I Medicinalstyrelsens förut nämnda stadgeförslag innehåller § 10 bestämmelser angående undervisningen, och yttras där bland annat: »Utom i den egentliga förlossningskonsten skall härvid undervisning meddelas eleverna i vården af nyfödda barn, rörande barnmorskereglementets innehåll, i uppsättandet af skriftliga berättelser om förloppet vid verkställda förlossningar samt i kunskapen om skyddskoppors förlopp och kännetecken och i utförandet af skyddskoppympning», samt vidare: »för att eleverna skola bibringas öfning och färdighet i barnmorskeyrket skola de fördelas till tjänstgöring på barnbördshusets skilda afdelningar, där de äro pliktiga att utföra alla de arbeten, öfverläraren bestämmer, och som för barnsängskvinnornas och de späda barnens vård äro behöfliga»; § 6, där instruktionsbarnmorskans åligganden äro angifna, föreskrifver i mom. 2, att hon skall »leda och undervisa lärjungarna i de sysslor och handgrepp, som höra till de på barnbördshuset intagna barnaföderskornas undersökning och vård såväl före som under och efter förlossningen — — —».

Barnmorskeförbundets medlemmar synas frukta för de »gröfre sysslorna» och anse dem såsom ej hörande till »den egentliga fackutbildningen». En sådan uppfattning af yrket kan ej annat än förvåna. Huru ofta kommer ej barnmorskan till fattigmans boning, där hela huset är upp- och nedvändt, dels till följe af husmoderns barnsäng, dels ock ej sällan därjämte på grund af den sistnämndas oförmåga att hålla ordning i hemmet. Har barnmorskan då ej fått lära sig att själf lägga hand vid grofsysslorna, så råkar hon ganska illa ut, och hur går det då med renligheten (aseptiken) under förlossningen?

Sjuksköterskeeleverna få ju under sin novistid lägga hand vid alla i ett hushåll tänkbara grofsysslor, hvarföre skola då barnmorskeeleverna sakna undervisning härutinnan?

Talet om »barnmorskornas ställande under landstingen» kan möjligen hafva en viss befogenhet, men behöfves för en sådan om-

ändring af förhållandena en ganska vidlyftig utredning, införande af landstingsskatt eller en ej ringa höjning af densamma, där en sådan förut finnes, och äro dessutom troligen de flesta landsting obenägna för denna anordning, öfverhopade som de förut äro, utom allt annat, med lasarettens, sjukstugornas och epidemisjukvårdens angelägenheter.

Yrkandet om löneförmånernas höjande till den i punkt 4 angifna storleken kan väl knappast röna bifall.

Medgifvas måste visserligen, att barnmorskornas aflöningsförhållanden å en del orter äro för knappa, men denna omständighet kan väl ej gärna berättiga anspråken på en minimilön af 400 kronor öfver hela riket och en till 5—25 à 30 kronor föreslagen ersättning för hvarje förrättning. Sistnämnda öfverstiger med sin högsta post det arfvode, som i taxan är bestämdt för vissa läkares biträde vid förlossning. Bättre synes föreningen då Medicinalstyrelsens förslag, där i § 31 af själfva reglementet föreslås, utom »bostad och andra lämpliga naturaförmåner på landet, skälig, kontant årslön», hvilken sistnämnda skall uppgå till minst det belopp, som erfordras för inträde i barnmorskornas pensionskassa (200 kronor); dessutom skulle för hvarje förrättning utgå ersättning enligt taxa, fastställd af Länsstyrelsen efter förslag af förste provinsialläkaren, särskildt för landsbygd och särskildt för stad, hvarjämte olika taxa kan bestämmas för skilda delar af länet, allt således gående ut på hänsyns tagande till landsändarnas olika förmögenhetsförhållanden, lefnadskostnader m. m.

Ehuru föreningen i princip gillar Medicinalstyrelsens förslag, synes det dock vara önskligt, om minimilönen höjdes till 400 kronor samt minsta ersättningen för biträde vid själfva förlossningen bestämdes till 3 kronor.

Till slut föreslås »inrättande af barnmorskedistrikt af en viss storlek».

Huruvida härmed menas endast landsbygden eller äfven städerna, framgår ej af frågans form.

Emellertid synes föreningen denna fordran vara tillgodosedd genom § 30 i förslaget till nytt barnmorskereglemente, där det heter: »På landsbygden skall hvarje kommun, på det att dess innevånare må äga tillgång till examineradt förlossningsbiträde, anställa minst en barnmorska med fast aflöning; dock må intill hvarandra gränsande mindre socknar kunna gemensamt anställa en barnmorska».

»Äfven städerna skola anställa nödigt antal kommunalbarnmorskor. Där i en stad ett flertal barnmorskor praktisera, må likväl kommunen kunna underlåta att antaga barnmorskor med fast lön, om i stället aftal träffats med tillräckligt många af de praktiserande barnmorskorna att mot taxa, som nedan sägs, betjäna stadens fattiga.»

På grund af hvad ofvan blifvit anfördt, anser Svenska Provinsialläkareföreningen barnmorskeförbundets i den underdåniga petitionen uppställda fordringar till väsentlig del vara för stora och i följd däraf endast delvis kunna realiseras.

Antages af statsmakterna kungl. Medicinalstyrelsens omförmälda förslag till ny undervisningsstadga och nytt barnmorskereglemente med det tillägg om en månads proftjänstgöring, som yrkats af professor Essen-Möller, blifver barnmorskornas ställning ojämförligt bättre, samt berättigade anspråk tillgodosedda, i synnerhet om den af provinsialläkareföreningen föreslagna höjningen af minimilön samt minimiersättningen för själfva förlossningen vinna beaktande.

———

D:r *Nyström*, Tumba:

Som bekant har i år den gamla och, att döma efter hvad vi fått i stället, goda pensionslagen af den 10 juli 1884 genom riksdagens beslut blifvit ersatt med en ny.

Bestämmelserna i denna senare äro ju kända af oss alla, och alla veta vi äfven, att om utsikt skall finnas för en extra provinsialläkare att någonsin erhålla full pension som provinsialläkare, ändringar i densamma måste ske.

Höjandet af åldersgränsen från 60 till 62 år är väl i och för sig ej så farlig, knappast någon kan väl före den åldern hafva 20 eller 25 stats-tjänsteår.

Men höjandet af tjänsteårens antal från 25 till 27 år däremot ytterst betänklig, och då därtill kommer dels bestämmelsen, att samtliga åren skola vara s. k. stats-tjänsteår, dels att ingen erhåller full pension, som ej vid 62 år är berättigad därtill, så blir den utlofvade pensionen à 4,000 kr. endast en vacker hägring för blifvande provinsialläkare, nota bene om den kåren skall rekryteras ur deras led, som tjänat sina 15—20 år för att göra sig kompetenta och dugliga för dessa platser, nämligen extra provinsialläkarna, och ej från militär-, järnvägs-, fängelse- eller hospitalsläkarekårerna, ty dessa senare kunna, tack vare borttagandet af bestämmelsen om 20 år som provinsialläkare, redan vid 62 år vara berättigade till full pension.

Vore man misstänksam eller elak, kunde man tro, att pensionskommitté, hörda myndigheter och riksdag visserligen velat ge sig sken af att bevilja provinsialläkarna 4,000 kr. i pension, men i själ och hjärta dock ej unnat dem så stor.

För att visa, att en extra provinsialläkare ej kan vid 62 år hafva pensionsåren inne, kan man ju endast se efter, vid hvilken ålder de i allmänhet bli provinsialläkare. I den petition, som af extra provinsialläkarna år 1901 ingafs till Kungl. Maj:t, redogjordes äfven härför och befanns medelåldern då vara 43 år.

Doktor Dovertie har för några år sedan räknat ut, att enligt den gamla pensionslagen skulle af dem, som under åren 1899—1903 blefvo provinsialläkare, endast 7 erhålla pension

vid 60 år, och af dessa voro då 3 förste prov.-läkare; 9 skulle få pension mellan 61 och 65; 10 mellan 66 och 70 år; och 3 vid högre ålder. Medelåldern 1901—1903 43 år.

Själf har jag gått igenom de senaste årens utnämningar och funnit att under

1904: 6 extra prov.-läkare befordrades med en medelålder af 44 år (41—47 år);

1905: 8 extra prov.-läkare (2 bitr.) befordrades med en medelålder af 48 år (42—54 år);

1906: 6 extra prov.-läkare befordrades med en medelålder af 47 år (40—54 år).

Den nya lagen gör, som vi finna, extra provinsialläkarnas förut bekymmersamma ställning ännu svårare; det kan nästan sägas, att det gäller deras vara eller inte vara.

Någon jämförelse mellan extra provinsialläkarna och med dem någorlunda likställda kårer vill och kan jag ej uppdraga, ty ingen kår — undantagandes möjligen folkskollärarna — har en sådan dubbelställning som de.

Extra provinsialläkarna gå ju på hälftenbruk mellan stat och kommun; hvar och en af dessa herrar pålägger dem alla de bördor, som de lägga på sina motsvarande ordinarie tjänstemän, men komma extra provinsialläkarna till någon af dessa arbetsgifvare med anhållan om en eller annan af de förmåner, som deras ordinarie tjänstemän äro berättigade till, blir det alltid ett bleklagdt nej.

Komma vi t. ex. till distrikten och anhålla om en väl behöflig semester — som stadsdistriktsläkarna hafva — svaras det nej, motiveradt ofta med, att vi ju äro äfven i statens tjänst. Komma vi åter till staten och begära t. ex. att få räkna pensionsår, svaras nej på grund af, att vi äro i enskild tjänst, och kanske tillägges: Ni få ju räkna tjänsteår, det är väl nog.

Men det är långt ifrån nog, som sakerna nu utvecklat sig; hvad skola vi med tjänsteår, då de ej kunna bereda oss pension eller åtminstone så stor pension, att vi kunna lefva någorlunda bekymmerfritt, då krafterna äro slut och arbetsförmågan utnött.

Man kunde frestas att säga: hellre bort med tjänsteåren, men då bort också med alla de bördor, staten pålägger extra provinsialläkarna (låga taxan, alla möjliga tjänsteförrättningar och intyg), sen skulle vi nog kunna genom våra respektive läkareföreningar skaffa oss bättre villkor; en del af lönen komme åtminstone ej att betalas med för oss onyttiga tjänsteår.

Föga hjälp tyckas vi tyvärr kunna vänta från närmaste högre ort, åtminstone har man där hittills visat sig stå ganska

oförstående inför våra billiga och rättvisa önskningar, och dock tror jag, det arbete extra provinsialläkarna — i likhet med provinsialläkarna — utföra, är ett af de mera maktpåliggande, jag menar ej själfva receptskrifningen, utan arbetet för kännandet af epidemiska sjukdomar och folkets hygieniska uppfostran.

Fråga vi nu oss själfva, om vi gjort allt för att hindra pensionsfrågans lösning på detta för oss olyckliga sätt, måste vi tyvärr svara nej, och klandret drabbar i första hand styrelsen för provinsialläkareföreningen. En tröst, fast en dålig sådan, och ingen ursäkt är, att utgången med all visshet blifvit densamma, äfven om vi kommit tidigare med vår vädjan till riksdagen. Vi hade ju ingen sakkunnig myndighet att åberopa, som stod på vår sida.

Hade däremot kungl. Medicinalstyrelsen, som ju år 1904 gick in till Kungl. Maj:t med anhållan om, att extra provinsialläkarna skulle få räkna 5 af sina tjänsteår som pensionsår, en anhållan, som bifölls af statskontor, statssutskott och första kammare, och endast föll på andra kammarens beslut, nu åter med kraft framhållit de skäl, som tala för denna ytterst billiga önskan, eller, hvad rättvisare varit, gjort framställning om, att samtliga extra provinsialläkareår skulle räknas som pensionsår; eller ock om kungl. styrelsen föreslagit, att frågan om provinsialläkarnas pensionering lämpligast uppskötes tills provinsialläkarekommitténs förslag komme in till riksdagen, som ju ej bör dröja så länge, hade nog vår pensionsfråga fått en annan lösning.

Kommer då till slut frågan, hvad som nu kan och måste göras för att vinna de ändringar i den nya pensionslagen, som äro nödvändiga.

Jag tror, att själfva arbetet härpå måste uppskjutas tills vi fått se, hvad provinsialläkarekommitténs utlåtande innehåller, men att vi, så snart detta utkommit, skrida till handling och handla energiskt.

Men för att kunna göra det, anser jag, att vi nu genast böra välja en kommitté à t. ex. 3 därtill lämpade och villiga kamrater — jämte suppleanter — som fingo i uppdrag att handla å kårens vägnar.

De kunde ju då, när kommitténs betänkande kommit ut, sammanträda, göra en resumé af detsamma i sin helhet (ej blott hvad som möjligen finnes i det om pensionsfrågan) samt i cirkulär delgifva samtliga kamraterna denna resumé och dessutom be dem inom en viss tid till kommittén inkomma med sina åsikter om förslaget. Sedan kamraterna sålunda insändt sina svar, kan vår kommitté lätt finna, om den kan

handla vidare på egen hand, eller om på grund af mycket divergerande åsikter bland de inkomna svaren ett extra möte måste utlysas.

Till sist vill jag endast säga, att kommittéledamöterna böra hafva så stort dagtraktamente, att de ej göra större ekonomiska förluster, då de arbeta för kårens bästa; de vanliga 10 kr. pr dag anser jag alldeles otillräckliga.

J. A. Nyström.

Bilaga 5 a.

Protokoll, fördt vid styrelsens för Svenska Provinsialläkareföreningen sammanträde i Sundsvall den 7 juli 1907.

Närvarande: alla styrelsens ordinarie ledamöter samt d:r Lundh såsom särskildt tillkallad.

§ 1. Ordf. uppläste förslag till årsberättelse från Styrelsen, hvilket justerades.

§ 2. Angående pensionsfrågan beslöts hemställa till föreningen, att den måtte tillsätta en kommitté på tre personer, som har att efter publicerandet af provinsialläkarekommitténs förslag behandla pensionsfrågan i sin helhet, och att kommittéledamöterna måtte tillerkännas ett arfvode af 20 kronor per dag samt ersättning för de verkliga resekostnaderna. Därjämte borde tillsättas 2 suppleanter. Vidare beslöt styrelsen instämma i d:r Brorströms erinran om nödvändigheten att ihågkomma äfven de extra provinsialläkare, som icke komma på ordinarie stat, med pensionsmöjlighet.

§ 3. D:r Dahlborg föreslog styrelsen hemställa, att provinsialläkareföreningen skall bestämdt uttala som sin åsikt, att meriter som extra provinsialläkare skall vid tillsättandet af ordinarie provinsialläkaretjänst betyda mera än sådana som militär-, fängelse-, järnvägs- och hospitalsläkare, och blef detta styrelsens beslut.

§ 4. Styrelsen beslöt föreslå föreningen, att den skulle bemyndiga förut nämnda kommitté att verkställa granskning af kungl. kommitténs betänkande i dess helhet samt för öfrigt vidtaga erforderliga åtgärder, exempelvis tillkalla särskilda sakkunnige, uppsätta och inlämna petitioner och dylikt, allt på föreningens bekostnad.

§ 5. Kassans ställning 1 juli 1907 granskades och räkenskaperna godkändes.

Egna kassan utgjorde 15,914 kr. 37 öre;
Monténska legatet utgjorde 10,332 kr. 42 öre;
Jubileumsfonden utgjorde 1,773 kr. 55 öre.

§ 6. Bestämdes mötets föredragningslista.

§ 7. På förslag af d:r Dahlborg beslöt styrelsen föreslå föreningen bemyndiga styrelsen att eventuellt med högst 500 kr. understödja d:r Brorström i och för publicerandet af hans arbete om den s. k. akuta barnförlamningen.

§ 8. Styrelsen ansåg enhälligt, att föreningens enskilda sammanträde borde hållas utan närvaro af referenter och att all publikation af förhandlingarna skulle ske endast genom sekreteraren.

§ 9. Upplöstes sammanträdet.

Som ofvan.

Gustaf Norberg.

Carl Dahlborg.

Bilaga 5 b.

(*Bilaga* till prov.-läk.-föreningens styrelses protokoll för 6–7 maj 1907.)

Redogörelse

för

Svenska Provinsialläkareföreningens styrelses verksamhet efter 1906 års möte.

1906.

1. Enligt styrelsens beslut utsände ordföranden i september 1906 till föreningens samtliga ledamöter ett cirkulär med anhallan om bidrag af 3 kronor pr man till en minnesgafva åt föreningens nitiske ledamot R. Christiernsson, hvilken allt sedan stiftandet varit styrelsemedlem. Bidragen utgöra nu jämt 600 kronor, och har ordföranden jämte Dahlborg vidtagit förberedande åtgärder för inköp af lämplig present, hvarom styrelsen nu är i tillfälle att yttra sig beträffande de olika förslagen.

2. I september utsändes äfven ett cirkulär till styrelseledamöterna för att inhämta deras tanke rörande utgifvande af en ny del »Om hälso- och sjukvården å Sveriges landsbygd». Ledamöterna ville nu ej gifva definitivt svar utan ansågo ärendet böra uppskjutas till styrelsemötet, hvarföre vi nu hafva att behandla äfven denna fråga.

3. Oktobercirkuläret utsändes genom ordföranden i laga tid till kretssekreterarne.

1907.

4. De första dagarna af januari utsändes till styrelseledamöterna cirkulär för att höra deras yttrande angående beskaffenheten af den present at Christiernsson m. m., för hvilken insamlats 600 kronor. Åsikterna om sättet för gåfvans öfverlämnande voro något divergerande, och skulle frågans afgörande uppskjutas till styrelsesammanträdet.

5. $^{14}/_{3}$. Till styrelseledamöterna cirkulär angående hvilka atgärder skulle vidtagas med anledning af Svenska barnmorskeförbundets skrifvelse till styrelsen, rörande vissa önskemål, beträffande förslaget till nytt barnmorskereglemente. Man ansåg ärendet böra uppskjutas till styrelsesammanträdet.

6. Den 17 mars afreste ordföranden till Stockholm för urtima sammanträde med styrelseledamöterna Dahlborg och Nyström att rådgöra om, hvilka åtgärder borde vidtagas med anledning af regeringens förslag till nytt pensionsreglemente, hvarigenom provinsialläkarnas pensionsförhållanden, om förslaget antoges, blefve betydligt sämre än

förut. Vi kommo då öfverens om, att undertecknad skulle genom samtal med riksdagsmän inom bägge kamrarna klargöra frågans innebörd och således visa, hvilka nackdelar skulle genom propositionens antagande uppstå icke allenast för läkarna utan äfven för allmänheten och staten. Första besöket gällde statsutskottets ordförande, hvilken lämnade den nedslående underrättelsen, att betänkandet samma dag skulle inom utskottet slutbehandlas; han medgaf emellertid, att de af mig anförda skälen mot regeringens förslag, i hvad det rörde provinsialläkarna, vore tungt vägande. Samma och ännu mer gynnsamma åsikter uttalades af en mängd andra riksdagsmän från bägge kamrarna. — Generaldirektör Linroth och medicinalrådet Petersson besöktes äfven, hvarvid lämnades den upplysningen, att inom provinsialläkarekommittén vore meningen föreslå, att provinsialläkarna skulle vid pensionens beviljande på vissa villkor få medräkna eventuella tjänsteår såsom extra provinsialläkare.

Då pensionsförslaget enligt uppgift skulle i plenum behandlas redan den 20 eller 21 mars, var tiden ganska dyrbar.

Emellertid uppsköts frågan till efter Påsk den 6 april, och företog jag därföre på uppmaning en ytterligare resa till Stockholm den 3 april, då vi ånyo hade ett urtima sammanträde med desamma styrelseledamöter som förra gången. Äfven då besökte jag en mängd riksdagsmän, hvilka alla voro gynnsamt stämda för ändring i regeringens förslag. Genom välvilligt tillmötesgående från 2:a kammarledamoten, d:r Knut Kjellberg, utdelades till alla riksdagsmän ett af mig anskaffadt separattryck ur »Eira» för 1901, innefattande extra provinsialläkarnas petition till Kungl. Maj:t angående ändrade pensionsförhållanden, hvarigenom riksdagen lätteligen erhöll en klar inblick i den viktiga frågan.

Efter öfverläggningar med åtskilliga riksdagsmän, däribland doktorerna Björck från 1:a och Knut Kjellberg från 2:a kammaren, lofvade dessa att vid frågans behandling i plenum den 6 sistl. april föreslå afslag å regeringspropositionen, i hvad den rörde provinsialläkarna, eller i nödfall endast medgifva lefnadsårens höjande till 62, hvaremot öfriga bestämmelser enligt 1884 års pensionslag skulle fortfarande tills vidare vara gällande.

Emellertid antogs regeringens förslag, ehuru i bägge kamrarna med en betydande minoritet för afslag i de punkter, som angingo provinsialläkarna (1:a kam. 77 röster mot 55, 2:a kam. 132 mot 79).

Regeringens förslag till nytt pensionsreglemente inlämnades visserligen till riksdagen i början af detta år, men enligt upplysningar från en medlem af läkarekommittén skulle, efter hvad man tänkt sig, intet åtgöras beträffande provinsialläkarnas pensionsförhållanden, förrän nämnda kommittés betänkande, hvilket redan var inlämnadt till tryckning, utkommit. Detta har ännu ej afhörts, ehuru man trott att det skulle utkomma före pensionsfrågans afgörande.

Emellertid finnes ännu förhoppning, att missförhållandena skola i väsentlig mån om ej alldeles undanröjas, ifall tjänsteåren som extra provinsialläkare få tillgodoräknas vid ansökan om pension, i hvilket fall den obetydliga höjningen af lefnadsåren blifver utan nämnvärd betydelse.

Nyköping i april 1907.

Gustaf Norberg,
ordförande.

Bilaga 6.

Redogörelse
för
Gula lapparnas innehåll.

(43 st. 30/6, 44 st. 6/7.)

1:o. *Den föreslagna årsafgiften*, 10 kronor, godkändes enhälligt.

2:o. *Till medlemmar af styrelsen — ersättare* väljas:

Brorström	med	41	röster	Möller	med	34	röster
Dahlborg	»	40	»	Sjödahl	»	40	»
Norberg	»	35	»	Sundberg, A. Th.,	»	34	»
Nyström	»	35	»	Odén	»	6	»
Stenberg, Magnus,	»	39	»	Planck	»	6	»
Englund	»	6	»				
Sundberg, A. Th.,	»	6	»				
Lundh, Adolf,	»	1	»				
Stenberg, K. A.,	»	1	»				

3:o. *Pensionslagen.* Beträffande denna fråga protestera alla nästan utan undantag mot riksdagens åtgörande, en del i ganska skarpa ordalag. Ej mindre än 24 yrka på, att extra provinsialläkarnas alla tjänsteår äfven skola få medräknas som pensionsmeriter.

Åtskilliga sätta sina anspråk lägre, fordra att 2/3, 1/2, minst 10 år, 5—7 år af tiden såsom extra provinsialläkare måtte få medräknas i nyssnämnda egenskap. Några yrka äfven, att samma förmåner skola tillfalla stadsläkare.

En föreningsmedlem föreslår, att extra provinsialläkarna skola pensioneras »i analogi med lasarettsläkarna», att pensionsbeloppet skulle utgå med 3,500 eller 3,000 kronor, och bidragen tillskjutas af staten, landsting eller distrikt samt läkarna själfva.

En yrkar på tjänsteårens sänkning till 20.

En annan att i stället för 27 år i statens tjänst skulle i lagen sättas »27 tjänsteår, däraf 17 som provinsialläkare».

En tredje, att till § 17 i pensionslagen skulle fogas uttrycket: »eller varit extra provinsialläkare».

Flere önska, att alla eller de flesta extra provinsialläkaredistrikt förändras till ordinarie; såsom en modifikation häraf säges på ett annat ställe, att de ordinarie tjänsternas antal borde ökas och för framtiden hållas i rimlig proportion till de extra. För realiserandet af dessa önskemål framställas åtskilliga förslag, och skall jag redogöra för de viktigaste af dessa:

Se n:ris 1, 3, 13, 15, 18, 19, 23, 32, 33, 39, 40, 41, 42, 43, 44.

4:o. *Styrelsens förslag rörande användning af Montanska legatets räntemedel* gillas af de allra flesta utan formulerande af något särskildt förslag. En ledamot föreslår, att medlen skola utgå till understöd af en föreslagen »tidskrift för social medicin» eller ock till hyrande af ett »biblioteksrum i Stockholm för styrelsens och föreningens årliga sammankomster m. m.» (n:r 3). Enligt en annans åsikt skulle $^4/_5$ af räntan anslås till »ombud, som hålla sig à jour med läkarekommitténs arbete». En annan förordar stipendium åt någon yngre tjänsteläkare med bakteriologiska kunskaper för att i utlandet studera hygien.

Från några håll yrkas på medlens användning till sjuk- eller nödhjälp, hvilket ju dock strider mot stadgarna.

5:o. *Rörande den animala vaccinens användning* uppgifves resultaten hafva med få undantag varit dåliga eller totalt misslyckade, och har detta berott på mer eller mindre underhaltigt ympämne; endast en eller annan lägger felet på ymparnas oskicklighet.

En läkare uppgifver resultatet hafva (antagl. under sistl. år) varit så gynnsamt, att antalet med framgång ympade utgör 85.32 %. En annan kallar resultatet »utmärkt», enligt af honom »själf utförda 100-tals vaccinationer». — Från annat håll talas om i år (sedan början af maj) vunnen ändring till det bättre. Flere prisa godheten hos den från Berlin till ganska billigt pris rekvirerade vaccinen.

En och annan klagar öfver allmänhetens afvoghet mot ympning, bland annat till följd af den dåliga vaccinen, och skrifver en läkare, att om ej förhållandena förbättras, kommer vaccinationen att upphöra, i synnerhet som vederbörande aldrig beifra målsmäns underlåtenhet att låta ympa sina barn. D:r Carl Lundgren från Unnaryd hänvisar till ett medföljande särtryck ur »Läkartidningen» n:r 2 för 1907, innehållande en af honom själf i ämnet författad uppsats, där han utdömer den svenska vaccinen och förordar den tyska.

6:o. På frågan: *»hvilken erfarenhet har ni om verkan af lagen om fosterbarnsvården å landsbygden?»* svara åtskilliga (sex st.), att de ej hafva någon erfarenhet därom, samt en, att tiden för bedömande ännu är för kort. Ungefär $^1/_3$ hafva här ej alls lämnat något svar, och lika många, att ingen eller obetydlig verkan kunnat spåras. Några påstå lagens verkan vara god. En eller annan anser lagen till och med obehöflig. — En annan däremot påstår, att »vederb. kom.-nämnder hafva icke ens en aning om en sådan lag». Å en »gul lapp» nämnes, att »grymma fosterföräldrar förklara barnet upptaget som eget och således ej sorterande under lagen», å en annan, att »anmälan i regel ej inkommer utan särskild erinran». Ett och annat förslag att förstärka lagens verkan framställes äfven, såsom att särskilda fosterbarnsnämnder — med helst kvinnliga ledamöter — borde vara obligatoriska samt kommunal- och hälsovårdsnämnder ej hafva tillsyn öfver sådana barn. En föreningsmedlem anser, att tjänsteläkarna böra årligen göra inspektionsresor till fosterbarnen liksom till de sinnessjuka.

7:o. *Föreslagna diskussionsämnen till årsmötet efter 1907.*

N:r 11. Extra provinsialläkarnas tillsättning (afskaffande af 5-årsperioderna).

» *12.* »Sjukkassefrågan; timmerkojeeländet.»

» *13.* Revision af författningar och formulär såsom af vissa delar af hälsovårdsstadgan och af formuläret till kommunalnämndernas årsuppgifter, tjänsteläkarnas årsberättelser m. m.

N:r 14. Ändring af pensionslagens § 17 samt af sättet för extra prov.-läkarnas tillsättning och 5-årsperiodernas afskaffande.
» *18.* »Äro läkareintyg att hänföra till sjukvården och sålunda underkastade provinsialläkaretaxans bestämmelser om 50 % rabatt vid deras utfärdande åt kommunernas underhållstagare?»
» *20.* »Är det fortfarande nödvändigt att bibehålla vaccinationen med de kraftiga hjälpmedel, hvaröfver vår tid förfogar, för att hindra smittas spridande?»
» *23.* »Huru bör läkarekåren ställa sig gent emot järnvägsmännens kraf på fritt läkareval vid sjukdomsfall i stället för nuvarande system? Böra vi ställa oss afvisande eller på något sätt — resolution eller skrifvelse till järnvägsstyrelsen — gå deras begäran till mötes?»
» *27.* »Hvad kan från vår sida göras för att bereda de obotligt sinnessjuka på landsbygden en drägligare tillvaro?»
» *29.* Skarlakansfeberns diagnos och profylax.»
» *32.* »Huru bäst ordna för lungsotsjukas vård och hindra smittans spridande?»
» *33.* »Bör tjänsteläkare, som ju **måste** sköta dem, som bo inom hans distrikt, och gent emot dessa alla personer, så att säga, antar en tjänares ställning, ej ovillkorligen tillerkännas förmånsrätt vid utdelning i konkurser, där han har fordran för praktik?»
» *34.* »Helst sådana diskussionsämnen, som afse betryggande af vår kårs ekonomi och sociala ställning.»
» *37.* »Bör icke Svenska Provinsialläkareföreningen för vederbörande framlägga motiven till sin önskan, att provinsialläkarna tidigare än nu finge sina ålderstillägg?» (Se g. l. om motivet!)
» *38.* »Hvilka uppgifter har en läkareförenings förtroendenämnd? Huru bör den arbeta och bör dess slutliga uttalande i ärendet hållas hemligt inom läkareföreningen eller läkarekåren, äfven om saken rört utanför kåren stående person eller myndighet?»
» *43.* »Bör ej på statens bekostnad lämpliga repetitionskurser för provinsialläkare anordnas?»

Bilaga 7.

Hvilka medel böra tillgripas och hvilka åtgärder vidtagas för att höja provinsialläkarekårens sociala anseende och betydelse?

Det af mig nu vid mötet föreslagna diskussionsämnet synes nog kanske mången öfverflödigt, i det han förmenar, dels att det talet är öfverdrifvet, att kåren för närvarande i socialt hänseende befinner sig på ett sluttande plan, utför hvilket det redan glidit rätt betydligt, samt att denna rörelse ännu fortfar och ej visar några märkbara tendenser till afstannande åtminstone inom öfverskådlig framtid, dels att, om ett dylikt sjunkande i socialt hänseende ägt och äger rum, så borde ett sådant faktum ej offentligt beröras, utan borde förhållandet belysas och korrektivet påfinnas på enskild väg. Det har därföre varit för mig så mycket mera glädjande, att föreningens styrelse, som uppdragit åt mig att med några ord inleda diskussionen, varit af min åsikt och ansett, att saken vore väl värd att framdragas inför mötet. Det är under dylika omständigheter att beklaga, att, oaktadt ämnet legat mig synnerligen om hjärtat och mycket länge sysselsatt mina tankar, min tid ej räckt till annat än ett ytligt vidrörande af det viktigaste.

Man behöfver ej göra några mera ingående undersökningar för att få full klarhet om, att en provinsialläkares ställning socialt nu är en helt annan än för 20 eller kanske hellre 30 till 40 år sedan.

Orsaken härtill är ej enbart och ej ens hufvudsakligen, som påståendet ofta lyder, att provinsialläkarekåren nu är mera än dubbelt så stor, hvarföre en provinsialläkare ej nu som då är en synnerligt eftersökt rara avis med naturligtvis betydligt mindre pondus än förr i tiden.

De verkliga orsakerna äro af ekonomisk och social art; en annan omständighet, som menligt inverkar, är den stora bristen på tillfälle att få nödtorftigt följa vår vetenskap, hvarför intresset för denna och dess utveckling lätt kan minskas i så

hög grad, att fara finnes för att kårens vetenskapliga nivå skall sjunka.

För att i längden kunna bibehålla en god social ställning med denna åtföljande känsla af oberoende fordras en god ekonomi, som gifver största utsikt att äfven vid ohälsa kunna nödtorftigt draga försorg om sig och sin familj. Af den redogörelse, som d:r Brorström förra året framlade för mötet, framgick med full evidens, att i stort sedt kårens medlemmar på intet sätt vore så ekonomiskt situerade, som önskligt vore, och som det arbete och de omkostnader, hvilka nedlagts på deras studier, borde berättiga dem till. Att annorlunda ej kan vara möjligt, är klart, när man betänker, att provinsialläkaren har en lön och en taxa, som beräknades efter penningens värde och lefnadsomkostnadernas dyrhet på 1870-talet, under det att penningevärdet sedan dess sjunkit oerhördt, och lefnadsomkostnaderna stigit med i allmänhet minst 50 %, på sina ställen 75—100 %. Jag vill här endast påminna om, huru hyrorna stigit äfven på landet — ord. provinsialläkare har 750 kr. i hyresersättning, och ansågs detta på sin tid duktigt tilltaget och var det ock, men nu räcker på många ställen summan ej till — huru vägskatt tillkommit, som åtminstone i Norrland tager i medeltal 3—5 %, på några ställen ända till 10 % af inkomsterna, huru skatterna öfverallt växa i kommuner och landsting, huru alla lifsförnödenheter stigit i pris. Att inkomsterna samtidigt ej stigit, och att det ej varit möjligt att få dem att stiga, veta vi alla. Distrikten hafva delats, och praktik-rayonen har blifvit allt mindre. Att under dylika förhållanden en och annan kunnat bibehålla de forna läkarnas i distrikten inkomster, är mera underligt och kan väl endast förklaras på det sätt, att en del af inkomsterna tagits från närgränsande distrikt.

Huru nu få inkomsterna ökade? Vi måste sammansluta oss inom provinsialläkarekåren och samarbeta med våra kolleger utom densamma. Vi måste som en man fordra, att staten gifver oss en lön, motsvarande vårt arbete och vårt berättigade lefnadskraf, d. v. s. en initiallön af minst 4,000 kronor, af hvilka 2,400 kronor böra beräknas såsom lön, ej mera än 850 kronor såsom tjänstgöringspengar och 750 kronor såsom hyresersättning, jämte den summa, hvarmed provinsialläkare förpliktigas bidraga till sin pension, samt 2 ålderstillägg à 500 kronor efter 5 och 10 år, hvilken fordran måste uttalas så högt och bestämdt, att det höres, under framhållande af, att det ej är någon nåd utan endast vår rätt vi vilja hafva, och vidare måste vi därvidlag bestämdt och vördsamt begära, att kungl. Medicinalstyrelsen lifligt understöder våra berättigade

önskemål, vi måste söka att få taxan höjd, så att ersättningen står i rimligt förhållande till tidens värdesättning å penningen, men vi måste framför allt se till, att vi på inga villkor arbeta för en ersättning, som undergår taxans pris.

De som aspirera på extra provinsialläkareplatser hafva enligt min bestämda åsikt intet annat att göra än att ej söka de platser, som äro aflönade för dåligt. De borde därvid med allmänna läkareföreningens bistånd söka komma öfverens om, att det distrikt ej finge sökas, där det ej funnes en minimilön af t. ex. 3,000 kronor, på ett lämpligt sätt fördelad i lön och tjänstgöringspengar; möjligen vore ock lämpligt söka öfverenskomma om att distrikten borde hafva ett minimum i befolkningsmängd, kanske något varierande i olika landsdelar. Undantag från dessa bestämmelser kunde måhända göras för särskildt folkrika, folktäta och burgna distrikt. De nuvarande innehafvarna af distrikten borde naturligtvis vara obetaget att vid ny 5-årsperiod återigen söka platsen, för så vidt de olycksaliga 5-årsperioderna då finnas kvar, hvilket vi dock skola hoppas ej är fallet. En dylik återhållsamhet skulle nog kanske synas den unge läkaren väl svår, men jag är öfvertygad om, att han längre fram skall erkänna dess berättigande samt alldeles säkert få se de goda frukterna däraf.

Riksdagens beslut i pensionsfrågan var högeligen olyckligt samt kommer helt säkert att verka både ekonomiskt och socialt nedtryckande på kåren, ty som nu är ställdt med befordringsmöjligheterna från extra till ordinarie provinsialläkare, äro utsikterna för provinsialläkare att få mera än 2,000 kronor i pension synnerligen små.

Kåren måste därföre med all kraft arbeta på, att extra provinsialläkare får räkna alla sina tjänsteår som sådan vid pensionsberäkningen för ord. provinsialläkaretjänst, ty numera räcker ej Kungl. Maj:ts proposition af år 1904 om 5 års pensionsmeriter för extra provinsialläkarna. Lönlöst är nog allt arbete på att söka få riksdagens beslut ändradt i annan riktning.

Vi se ofta, både att en provinsialläkare vid så svår sjukdom, att han ej alls kan tjänstgöra, är så dåligt ekonomiskt situerad, att ställningen närmar sig verklig nöd — när räntor å skulder samt lifförsäkringspremier och skatter blifvit betalda, blifver ej mycket öfrigt af lönen, 1,875 kronor, till äfven det mest anspråkslösa lifsuppehälle, under det att de extra provinsialläkarna under dylika förhållanden hafva platt intet att lefva af, samt att en provinsialläkare, som visserligen ej är så sjuk, att han ej i yttersta nödfall kan hänga i selen, men som för vårdande af svag hälsa är i största behof af tjänst-

ledighet eller semester, ej för sin ekonomis skull kan taga den behöfliga hvilan. Den senare kategorien af kamrater torde ej vara så lätt att hjälpa, men den första kategorien böra och *måste* hjälpas genom inrättande af sjukkassa eller sjukkassor samt understödskassor, om af mera allmän eller enskild natur får en ingående undersökning afgöra; möjligen skulle ock kunna utfunderas något att åtminstone delvis hjälpa dem, som hafva så svag hälsa, att det går in på gränsen af sjukdom. Med god vilja och om vi skaffa oss solidaritetskänsla och den gamla, goda kår- och kamratandan väckes till lifs, torde ej dessa frågor vara omöjliga att lösa.

Understöd borde ock i någon mån kunna beredas aflidna kamraters medellösa efterlefvande.

De *sociala* orsakerna till sjunkandet af kårens betydelse äro många och stora, dels sådana, som verkat på kåren ut ifrån, utan att densamma i egentlig mening lämnat bidrag till deras framkallande och vidmakthållande, dels sådana, som hafva haft sin upprinnelse inom kåren och hufvudsakligen framgått ur underlåtenhetssynder hos densamma samt bristande sammanhållning och god kåranda.

Se vi först på, huru en läkare måste samla sina meriter för ordinarie provinsialläkaretjänst, så är det som regel såsom extra provinsialläkare — ty extra provinsialläkareinstitutionen har väl nu utvecklats så, att man kan tryggt påstå, att framdeles de ordinarie provinsialläkarna så godt som alltid komma att utgå ur de extra provinsialläkarnas led — och frågar man då, om han ej under sin tid som extra provinsialläkare känt sig tryckt och beroende, om ej de af läkareinstruktionen framkallade förhållandena verkat hämmande, understundom förlamande på hans intresse för sitt kall, på hans förmåga att taga initiativer och på hans förmåga att med kraft uppträda både som praktiker och tjänsteläkare, så skall det helt säkert vara få, som ej därpå måste svara obetingadt jakande, och en del skola nog förklara, att förhållandena varit rent olidliga.

Den enda hjälp, som finnes härutinnan, är att först och främst tillsättningen af extra provinsialläkaretjänsterna sker såsom 1905 års möte föreslagit — där statsbidrag ej finnes, måste troligen tillsättandet ske af de betalande, men enligt grunder uttalade af 1905 års möte — allt för att göra ett slut på den ovärdiga popularitetsjakt och det förödmjukande uppvaktnings- och röstvärfningssystem, som den nuvarande regimen framkallat. Vidare måste de extra provinsialläkarna förordnas på obestämd tid — kommunallagarna lägga intet annat hinder i vägen för utgående af anslag äfven på obestämd tid från kommuner och landsting, än att kommunernas beslut

måste godkännas af konungens befallningshafvande och landstingens beslut underställas Kungl. Maj:t — och slutligen måste, det viktigaste af allt, läkarestyrelserna bort såsom alldeles obehöfliga institutioner, som endast tjänat till att trakassera läkarna och nedsätta provinsialläkarekårens anseende både i allmänhetens och de öfriga läkarnas ögon. I extra provinsialläkaredistrikt utan statsanslag kan tillsättandet ske antingen af länsstyrelsen, som sker med veterinärer i flera län, eller ock af en särskild för detta ändamål vald nämnd, antingen utsedd helst inom hela länet eller ock vald inom extra provinsialläkaredistriktet, hvilken nämnd sedan ej skulle hafva annat åliggande.

1906 års provinsialläkaremöte ville ej göra något uttalande i extra provinsialläkarefrågan, enär den kungl. provinsialläkarekommitténs utlåtande vore mycket snart att vänta och enligt detsamma de stora olägenheterna, som vidlåda författningen om extra provinsialläkare, möjligen skulle till stor del försvinna. Det torde likväl nog ej vara möjligt afskaffa extra provinsialläkareinstitutionen eller minska numerären inom densamma, så att den förlorar sin dominerande betydelse för och inflytande på ordinarie provinsialläkarekåren i sin helhet, dess rekrytering och dess ekonomiska och sociala ställning, därföre vore nog välbetänkt, om kåren ej lämnar dessa ofvan framställda synpunkter ur sikte utan bestämdt fasthåller vid de där framlagda billiga fordringarna och med all kraft och med alla lofliga medel arbetar på, att de må kunna realiseras inom tämligen snar framtid.

Den aflägset boende provinsialläkaren, som kanske som regel endast en gång på året har tillfälle att sammanträffa och öfverlägga med en kamrat, har nu, enligt mitt förmenande, svårare än förr att följa med utvecklingen i sitt fack. Dels är nu hans klientel betydligt mindre än förr, hvarföre den personliga erfarenheten och tillfällena till själfstudier, som ej minst för provinsialläkaren måste spela så enormt stor roll, självklart måste blifva mindre nu än fordom, dels har inom alla medicinens områden specialiseringen intagit en så dominerande roll, att det är svårt att finna böcker och tidskrifter, som ej utbreda sig för mycket i specialiteter utan i kort, koncis och njutbar form ställa mindre speciella, men därföre ej mindre viktiga delar af medicinen i modern vetenskaplig belysning. Är han i den lyckliga belägenheten, att hans ekonomi tillåter honom att någon gång taga tjänstledighet eller semester, och önskar han begagna ledigheten till speciellt för sig praktiskt gagnbara studier, något som är absolut nödvändigt för honom, om han i längden skall kunna hafva

intresse och den minsta tillfredsställelse af sitt arbete, så är detta ej så lätt. Tillfälle till ingående speciella studier bjudes honom nästan öfverallt, men möjlighet till deltagande i kurser, som bjuda honom i hans landtpraktik praktiskt användbara råd och gifver honom en lätt öfverskådlig framställning af det nuvarande vetenskapliga läget, äro mycket sällsynta.

Det vore därföre rätt mycket vunnet, om några klinikchefer och öfverläkare kunde förmås att ej alltför sällan gifva i Hygiea och möjligen i Sv. Läkartidningen kortare meddelanden om sina terapeutiska erfarenhetsrön samt redogöra för sin erfarenhet om nyare läkemedel. I förbigående bör påpekas, att oupphörligen utlofvats i Hygiea terapeutiska meddelanden, hvilka löften i allmänhet ej infriats. Önskvärdt vore, att man finge kompetenta och för saken intresserade personer att utvälja och då och då referera lämpliga delar af den nyare medicinska litteraturen; måhända vore det en stor lättnad, om det anskaffades inom kåren ett lånbibliotek af dylik litteratur, ty äfven om man kan skaffa en lämplig bok, så är den kanske för mången rätt dyr.

Vidare borde åtminstone hvartannat år gifvas i Stockholm sådana kurser, som gafs på 1890-talet.

Slutligen borde upprättas vägledare för dem, som ämna företaga utrikes studieresor till t. ex. Köpenhamn, Berlin, Breslau etc. med angifvande af hvad som är värdt att se, och hvilka kurser, som möjligen böra tagas. På hvar och en af dessa ställen kan erhållas en förteckning öfver hvad som bjudes, men jag vet af egen erfarenhet, huru svårt valet är, och hvilka misstag kunna göras, om man ej ledes af någon, som pröfvat ut det bästa. Därföre vore godt om i allmänhet kamrater, som gjort utrikes studieresor, genom några vägledande underrättelser i Sv. Läkartidningen ville rädda mera oerfarna efterföljare från både förtretliga och dyrbara misstag.

Skola provinsialläkarna ej alltjämt framdeles få sitta på bakkälken, så kräfves det stor ansträngning ej endast af kåren i dess helhet utan äfven af hvarje enskild medlem. Det blifver stora fordringar, som vi både böra och *måste* sätta på oss själfva, och det kommer att kräfvas kraftig energi af oss samt stort intresse för och djup förståelse af vårt kall och våra medmänniskor för att vi skola nå målet.

Och verksamhetsfältet är stort. Vi måste lära oss grundligt känna våra distrikt samt dess innevånare, men så böra vi ock med rätta fordra, att höga vederbörande rådfråga oss i en hel del saker, där vi sitta inne med speciell erfarenhet, och ej som nu förnämt gå oss förbi, hvarigenom vi skulle

kunna komma i tillfälle att mera gagna det allmänna, myndigheterna undgå förargliga misstag och folket, som väl saken ändå ytterst gäller, på bättre sätt blifva tillgodosedt.

Det finnes flera områden, där vi för visso skulle kunna utveckla mera gagnande verksamhet. Så i kampen mot tuberkulosen; skola vi segra i denna strid, så bör början göras med upplysningsarbete i hemmen, och därtill bör framför allt provinsialläkaren vara skickad. Äfven folkskolornas och folkskolebarnens hygien bör vara ett arbetsfält för oss. Befolkningens lefnadsvanor med afseende å bostad, kläder, mat och dryck behöfva grundligt reformeras, och äfven härutinnan böra vi lifligt deltaga i arbetet. Och alla dessa och äfven troligen andra frågor kunna helt säkert ej så lätt lösas både i ena och andra hänseendet utan vårt medhjälpande, åtminstone ej praktiskt och i rätta riktningen.

Men för att vi skola lyckas med vårt arbete härutinnan är oundgängligt, att vi uppfatta vårt kall såsom ej enbart praktikerns och tjänsteläkarens, utan vi måste göra klart för folket, att vi komma till det besjälade af medkänsla och intresse för detsamma, och ej hufvudsakligen såsom ämbetsmän, ty för dessa har det fått en, såsom jag tror, outrotbar afvoghet. Och lyckas vi uti dessa våra sträfvanden att vinna befolkningens odelade förtroende, skall förvisso landtbefolkningens konservatism och tillbakadragenhet gifva med sig, och vi skola se goda frukter af vårt arbete.

En annan omständighet kan jag ej här underlåta att påpeka. Jag tror ej jag misstager mig, när jag påstår, att kåren i allmänhet på senare tider hållit sig tillbakadragen på alldeles för långt afstånd, när för hela läkarekåren brännande frågor varit å bane. Ett alltför stort mått af blygsamhet torde ej för kårens sociala anseendes skull vara att förorda. Att provinsialläkarna skulla gifva sig in på för dem mera främmande speciella frågor förbjuder sig själf, men att de skola draga sitt strå till stacken, när det gäller att utreda allmängiltiga läkare- och hygieniska frågor, torde ej endast vara på sin plats utan delvis kunna fordras af dem.

Äfven om för närvarande utsikterna för kårens framtid ej te sig synnerligen ljusa, må vi ej förtvifla. Hålla vi endast fast samman, framträda vi orädt men bestämdt, och det i samlad flock, när det gäller våra lifsintressen, hålla vi högt de idealer, som alltid varit kårens, och sträfva vi efter att komma i intim, social beröring med de djupare folklagren, så att dessa i oss ej endast se sjukvårdaren och den officielle tjänsteläkaren, så skall för visso både bärgning och socialt anseende falla kåren till.

Provinsialläkareföreningen har haft glädjen och äran att räkna bland sina medlemmar flera, som rastlöst och oegennyttigt arbetat för kårens bästa och förkofring, och hvilkas vackra lifsgärning väl och sympatiskt tecknats af d:r Carl Dahlborg. Må vi endast värdigt gå i deras fotspår.

Nordmaling den 14 juni 1907.

(Se sid. 7 § 20.) *Adolf Lundh.*

Bilaga 8.

Om bildandet af en sjukkassa, hvari alla provinsialläkareföreningens medlemmar böra ingå.

Så löd mitt förslag till diskussionsämne å gula lappen för 1906.

Det var i känslan af, huru förödmjukande det måste kännas för den i nöd stadde, att efter upprop till sina kamrater taga hjälp af dem, samt hvilka tankar af vemod bidraget borde uppväcka hos mången, ty i dag är det denne, som måste tigga hjälp, i morgon är det en annan. Och dylika fall hafva ej varit alltför sällsynta. Det är ej utan, att det äfven är förödmjukande för kåren, att den ej ställt bättre för sina medlemmar, om behöfligt med utöfvande af moraliskt tryck och tvång, än att det skall vara nödvändigt utsända insamlingslistor. En och annan gång torde måhända enskild insamling vara önskvärd, äfven om understödskasseväsendet ordnas inom kåren eller föreningen — och för visso kommer då ropet om hjälp ej att klinga ohördt — men böra då dylika fall utgöra sällsynta undantag.

Huru annorlunda skulle det ej kännas, om vi hade medvetandet om, att vi vore medlemmar af en kassa, ur hvilken vi vid behof hade rättighet att erhålla hjälp.

Att det därför är af nöden, att en eller flera dylika kassor bildas, eller att på ett eller annat sätt möjlighet beredes föreningens medlemmar att på ej alltför betungande villkor ingå i sådan eller sådana kassor, behöfver ej ordas mycket om. Af d:r Brorströms utredning angående provinsialläkarekårens ekonomiska ställning framgår det alldeles tydligt.

Att det finnes möjlighet att lösa frågan, hafva arbetarna visat med sina sjuk- och begrafningskassor, af hvilka de finnas, som lämna 1 kr. 50 öre i sjukhjälp pr dag samt betala 500 kronor, ja, ända till 1,200 kronor s. k. begrafningshjälp. Kunna arbetarna med sina begränsade tillgångar mäkta detta, böra vi kunna hålla nöden borta från föreningsmedlemmarnas dörrar samt i stället sätta som vakt därstädes ömsesidig hjälpsamhet, ordnad på solida och betryggande grunder. Och härur skall

växa självkänsla och en trygghet, som helt visst i sin mån skall mäktigt bidraga att höja upp det sociala plan, på hvilket kåren befinner sig.

I början af förra året var ej mycket krafter i rörelse för sjukkasseväsendets ordnande inom läkarekåren, och intet var åtgjordt åt saken, frånsedt extra och biträdande provinsialläkarnas ömsesidighetsförening.

Men hastigt nog synes nu frågan hafva blifvit aktuell. Uti Allmänna Sv. Läkartidningen finnes utom redogörelse angående extra och biträdande provinsialläkarnas ömsesidighetsförening meddelande år 1906 af d:r Gunnar Fjellander, häft. 4, om de schweiziske läkarnas sjukkassa, af d:r Carl Dahlborg om tidigare försök i Sverige att bilda understödsföreningar bland läkarna, häft. 8, de norska läkarnas understödsföreningar, häft. 39, de danska läkarnas understödsföreningar, häft. 44 och redan 1905 häft. 51 om de extra och biträdande provinsialläkarnas ömsesidighetsförening.

På grund af föredrag af d:r Andrew Alfvén* i saken har enligt privat meddelande till mig inom Stockholms stads och Stockholms läns läkareföreningar tillsatts kommittéer för utredande af frågan.

Slutligen hålles nu vid allmänna mötet af byrådirektör K. Dickman föredrag om »förslag att bilda en sjukhjälps- och understödsfond för Sveriges läkare».

Krafter äro sålunda i rörelse för lösande af frågan, och vi skola hoppas, att de snart nog blifva tillräckligt starka att föra densamma säkert i hamn.

Sträfvandena att få till stånd en för hela läkarekåren gemensam, på betryggande grunder byggd sjukkassa borde och torde nu hafva större utsikter för sig att lyckas än förr. Läkarekåren är nu vida talrikare än för 60 år sedan, då, såsom synes af d:r Dahlborgs redogörelse i Läkartidningen för förra året, de fruktlösa försöken började att få till stånd en understödskassa för svenska läkare, försök som sedan med samma ringa framgång fortsattes i nära 40 år; samhörighetskänslan är, skola vi hoppas, ej mindre nu än då, men tidsandan är en annan för frågan vida gynnsammare. Inom alla samhällsklasser har nämligen behofvet och nödvändigheten af gemensam själfhjälp inom hvarje kår framträdt allt klarare. Det torde därföre ej vara för dristigt att tro, att frågan åtminstone beträffande sjukkassan är på god väg att lösas. Under alla förhållanden synes intresset för en snar och god lösning af densamma vara rätt allmänt.

---

* D:r Alfvéns föredrag har som bekant influtit i Läkaretidningen för i år, häft. 25.

Huruvida behofvet af understöd åt utslitna läkare samt nödställda efterlefvande kommer i vidsträcktare mån att fyllas genom inrättande af en för hela läkarekåren gemensam kassa, torde ej vara så antagligt. Rubriken på byrådirektör Dickmans föredrag tyder emellertid på försök i dylik riktning.

Det fördelaktigaste för oss provinsialläkare torde väl därföre under nuvarande förhållanden vara att få eller ännu bättre tvingas gå in i en för hela läkarekåren gemensam sjuk- och understödskassa.. Och böra vi därföre i första hand arbeta åt detta håll genom att mötet uppdrager åt styrelsen, dels att i den redogörelse för mötet, som kommer att utsändas, ställa understruken uppmaning till alla föreningens medlemmar att hvar och en i sin stad kraftigt verka för frågornas lösning, dels att hemställa till alla lokala läkareföreningar, att de måtte taga hand om saken t. ex. genom kommittéers tillsättande samt i sinom tid göra uttalanden i frågan.

Kommer denna då antingen helt och hållet att stranda eller endast delvis att lösas, så att t. ex. sjukkassa men ingen understödskassa bildas, borde provinsialläkareföreningen tillsätta en kommitté för frågans möjligast allsidiga beredning samt därpå fatta sitt beslut.

Nordmaling den 20 juni 1907.

(Se sid. 7 § 21.) *Adolf Lundh.*

Bilaga 9.

Social Medicin.

I våra dagar stå de sociala frågorna främst på dagordningen, icke blott de socialpolitiska, som intressera det stora samhället staten, utan äfven de rent sociala, som intressera samhällen af det ena eller andra slaget.

Äfven vi läkare dragas med i rörelsen. Ja, det blir för hvar dag, som går, allt nödvändigare, att vi icke längre stå som passiva åskådare utan taga aktiv del i det pågående sociala nydaningsarbetet. Annars kan lätt hela kulturarbetet blifva osundt, ty läkaren har just till uppgift att vaka öfver, att icke fysiska och psykiska samhällssjukdomar uppstå och inrota sig. Framför allt tillkommer denna sociala medicin provinsial- och extra provinsialläkare, hvilka hafva på sitt program den allmänna hälso- och sjukvården.

Den sociala medicinen sönderfaller i 2 vetenskapsgrenar, den sociala hygienen och den sociala medicinen i inskränkt bemärkelse. Den förra har till uppgift att förekomma alla de missförhållanden, hvarigenom människorna uti sin beröring med hvarandra kunna fysiskt eller psykiskt skada hvarandra. Den sociala medicinen däremot har att påpeka och råda bot för alla de fysiskt och psykiskt skadliga förhållanden, som uppstått genom människornas beröring med hvarandra. I Tyskland har den sociala medicinen redan arbetat sig fram till en med de öfriga medicinska vetenskaperna jämbördig ställning. För några år sedan utkom i Tyskland »Handbuch der sozialen Medicin» och för närvarande utgifvas på tyska tvänne tidskrifter: »Monatschrift für soziale Medicin und Hygien» och »Zeitschrift für sociale Medicin», och får jag förevisa herrarna några häften af dem.

Äfven i vårt land äro vi i trängande behof af en tidskrift såsom samlande organ för alla hithörande frågor, för så vidt vi som ett framstående kulturfolk vilja följa med tiden. Jag vill här nämna några af de problem, som i en sådan tidskrift skulle behandlas. De afse människans sociala hälsoförhållanden före födelsen och uti lifvet. Ärftligheten, degenerationen, blastoftorin, barnavård, fosterbarnsvård, kvinnoskydd, sexuel hygien,

prostitutionen, frågan om nödvändighet af läkarbetyg åt äktenskapskandidater, arbetarförsäkring, epidemivården, bedrägliga läkemedel, inrättandet af asyler för obotligt sjuka, tuberkulösa och fallandesotspatienter, alkohol- och tuberkulosfrågorna, ålderdomsförsäkring, likbränning. Det är alltsammans viktiga frågor, som för närvarande lifligt dryftas både i press och diskussioner, och det är allt frågor, som provinsialläkarekåren sedan gammalt intresserat sig för och som vi hafva i tradition från den gamla ansedda provinsialläkareföreningens dagar.

Äfven från en tredje synpunkt är föreningen i behof af en tidskrift för egen räkning. Vi känna alla, att provinsialläkarkårens egna angelägenheter, såsom provinsialläkarkårens sociala ställning, dess löne- och pensionsförhållanden icke bevakas och dryftas uti »Allmänna Svenska Läkartidningen» på sådant sätt, att vi kunna vara nöjda därmed. Detta har redaktionen själf erkänt, i det den i n:r 25 detta år, som svar på en medlems anmärkning, yttrat, att det visat sig nödvändigt för läkarna att uppdela sig i olika specialkårer för att deras angelägenheter skola kunna blifva *väl tillgodosedda*. Provinsialläkareföreningens särskilda angelägenheter kunde lämpligast behandlas i en särskild bilaga, uteslutande afsedd för provinsialläkarkårens medlemmar. Alltsedan Eira upphörde, hafva vi saknat organ härför.

Den social-medicinska tidskriften borde behandla icke blott social-medicin utan äfven den sociala medicinens hjälpvetenskaper såsom social-biologi och social-psykologi äfvensom angränsande ämnen inom sociologien (samhällsläran). Genom att tillika hålla dem i populär stil, borde den med nöje kunna läsas af alla socialt intresserade.

Härigenom kunde den påräkna prenumeranter utanför läkarnas egen krets och därigenom tillförsäkra sig en god grund för sin existens. Och då den behandlar så viktiga statsangelägenheter, borde den kunna påräkna ett betydande statsunderstöd. Det är sålunda en viktig uppgift för provinsialläkareföreningen att förskaffa sig en tidskrift för social medicin, för allmän hälso- och sjukvård äfvensom för läkarnas egna sociala angelägenheter. Det är af vikt icke minst därför, att vi därigenom skulle få ett medel att göra våra sträfvanden bättre förstådda af allmänheten. Vi läkare klaga i våra dagar mycket öfver, att icke folket förstår oss. Men det är oklokt att klaga. Långt bättre är att söka göra oss förstådda. I och med samförståelse hade vi på samma gång skaffat oss sympatisk resonans hos svenska folket.

(Se sid. 8 § 24.) *Ad. T. Robbert.*

Bilaga 10.

Hvad kan och bör från provinsialläkarekårens sida göras för beredande af drägligare lefnadsförhållanden för Norrlands skogsarbetare?

Enhvar, som på nära håll fått se den ovärdiga behandling, hvilken arbetarna i de norrländska bolagsskogarna äro underkastade och i hvilken de ännu, fast under doft knot finna sig, måste medgifva, att här föreligger en fråga af största vikt och i trängande behof af en lösning. Frågan gäller ej endast dessa tusentals umbäranden och den skada, kroppslig och andlig, som de taga af sin tvungna vistelse i de usla timmerkojorna; den atmosfär af slapphet och liknöjdhet för äfven de enklaste fordringar på sundhet och snygghet, som från dessa kojor sprides ut i hemmen och gör kommande släkten än slappare, än likgiltigare, är ännu långt mera ett »gif akt» för dem, som hafva den allmänna hygienens tillgodoseende på sitt arbetsprogram. Frågan är slutligen ur socialekonomisk synpunkt en af de många, där kapitalismens målsmän hafva endast försyndelser mot arbetarna att uppvisa: år för år stiga timmerprisen, under det att arbetspriset snarare visar en sjunkande tendens. Det är sålunda ej en på minsta sätt skadlig öfverbeskattning, som kapitalet genom behöfliga förbättringar skulle utsättas för, endast en högst lindrig och högst rättvis vinstandel skulle därmed lämnas. — Min personliga erfarenhet om förhållandena på andra håll är ingen, men af samstämmiga yttranden af arbetare och andra att döma lär samma elände råda öfverallt; detta förhållande är en ful fläck för »framtidslandet» och vittnar ej om någon lifligare reaktionsförmåga hos dem, som bort reagera. Frågan har väl förr varit föremål för behandling, och att döma af åtskilliga provinsialläkares rapporter och af insändare i pressen synes glädjande nog medvetandet af faran och äfven ansvarskänslan åter vakna.

Missförhållandena gälla i första hand bostäderna, timmerkojorna med deras trångboddhet, otroliga snusk och i hög grad hälsovådliga beskaffenhet i öfrigt; i närmaste anslutning härtill och under slika förhållanden psykologiskt lättförklarligt

kommer det eländiga tillståndet med mat- och beklädnadsfrågan. Vill man söka en jämförelse med den norrländske skogsarbetarens »standard of life», torde man ej finna någon närmare än bland eskimåerna; enda hufvudsakliga skillnaden är den, att skogsarbetaren har ett tungt och uselt betaldt arbete att utföra under för öfrigt nära besläktade lefnadsförhållanden.

Typen för en norrländsk timmerkoja torde vara de fleste bekant, om ej annat så genom någon fotografi, där han tar sig nog så pittoresk ut i den snötyngda skogen. Till jämförelse med dem på andra trakter lämnas härmed en beskrifning öfver en sådan från norra Jämtland. Uppförd af otimradt virke med sparsamt mellanlägg af mossa eller hö, som ofta till följd af slarfvigt arbete bortfaller, så att ej blott vinden har fritt spelrum utan äfven t. o. m. hela handen kan föras ut genom luckorna, är kojan afdelad i två rum för arbetare och hästar. Att i enstaka fall det otroliga kan inträffa, att människor och djur inhysas i samma rum, utgör höjdpunkten af bolagsväldets snikna och ansvarslösa exploaterande af arbetskraft och hälsa. — Rummet är längs ytterväggarna försedt med en sammanhängande hylla af klufna smågranar för den gemensamma bädden, som för öfrigt består af litet hö, gamla säckar och mer eller mindre af ohyra besatta klädespersedlar; i midten af kojan tronar eldpallen, öfver hvilken rökhufven fortsätter i en alltid öppen »skorsten», i regeln bestående af en packlåda, hvars botten utslagits — något försök till tätning eller annan åtgärd för att få röken att verkligen passera lådan-skorstenen torde sällan stå att finna. Men där finns ju godt drag genom väggarna, och i regeln måste ändå dörren öppnas, då för en normal människa kölden är att föredraga framför brandröken. Inför dessa just ej behagliga alternativ stå dock de stackars invånarna — en olidlig hufvudvärk af röken eller otrefnad och förkylningar genom det kalla draget. Golfvet i kojan består af marken, sådan den befinnes på platsen, med ett lager af spån efter upptimringen, men under vinterns förlopp förvandlas det sakta men säkert i en sur och stinkande smörja af kol, allehanda affall och matrester — en veritabel »kjøkkenmødding». All denna härlighet upplyses i bästa fall af ett par minimala fönstergluggar, där ej enda tillgången för ljuset är dörren och rökfånget. Rundt om väggarna sitta hyllor med fläskbitar, sockerstycken och brödpaket i ljuflig blandning med svarta tobakssnuggor och smutsiga kläderpersedlar; omkring eldpallen och i taket hänga blöta skodon och plagg. Detta snuskiga huller-om-buller kan ju ej direkt skrifvas på arbetsgifvarens konto, men man må endast hafva klart för sig, att

i denna trängsel och i detta mörker kan svårligen någon ordning eller ens något behof af ordning finnas bland en hop uttröttade, genomsvetta eller genomblöta arbetare, som endast tänka på att få i sig någon föda och sedan söka hvila, sådan hon nu blir på den hårda, trånga och snuskiga bädden, endast i högst sällsynta fall efter något ombyte af kläder.

Under den kallare delen af vintern väntar den odrägliga, sömnförjagande kölden, som kläder kojans innerväggar med en tjock isvall, vid hvilken hufvudbonaden eller t. o. m. skägget finnes fastfruset vid uppvaknandet. Att arbetarna under sådana förhållanden ofta föredraga att tillbringa den långa vinternatten under vaka kring långvedsbrasan på eldpallen, och att då kortleken får flitig användning är förklarligt nog — och bedröfligt nog. — Rubriken trångboddhet finnes upptagen på årsrapporten, närmast för undersökning af tillgänglig luftkub; ur denna synpunkt tillfredsställer verkligen kojan alla anspråk, då luftväxlingen = draget är mera än tillräckligt, hvaremot den disponibla golfytan pr individ efter afdrag af platsen för sofbritsarna, eldpallen och det någon gång befintliga, minimala bordet blir i genomsnitt $^1/_2$ kvadratmeter, d. v. s. knapp nog för invånarne att stå på.

Som belysande frågan om trångboddhet må här lämnas ett meddelande om förhållandena i en nyligen besökt timmerkoja, uppbyggd för svenskt bolags räkning, men tyvärr på norska sidan, så att något ingripande ej kan komma i fråga. Kojan mätte ungefär 5×5 meter, och vid mitt besök voro där inhysta 18 arbetare, hvilket redan är åtskilligt för mycket, men enligt i dagarna lämnadt meddelande har plats ansetts förefinnas för 28 fullväxta karlar, och ändå väntades flera. Sålunda anses numera 35 centimeter bred liggplats lämplig och behöflig! Bolagets ombud sade sig vid framställd förfrågan »ej hafva reda på», huru många som funnos i kojan. Fullt karakteristiskt!

På den trånga eldpallen skall så matlagningen ske — ofta för hvarje person särskildt — och här komma vi till en mycket viktig punkt i denna mörka tafla: denna matlagning består i 9 fall af 10 i stekning af amerikanskt fläsk och kaffekokning, och detta morgon, middag och kväll dag ut och dag in under flere månader. Att denna ytterst enformiga kost i längden måste hafva ett fördärfligt inflytande på allmänna hälsotillståndet och därmed på arbetsförmågan och inkomsten — allt arbete betalas efter ackord — är självklart. Men arbetarna hafva ej råd att hålla sig bättre kost med den klena förtjänsten. Att cacaon och téet börjar i viss mån undantränga det fördärfliga kaffet, ändrar föga sakförhållandet. Jag upprepar, att dessa missför-

hållanden ej kunna direkt läggas arbetsgifvaren till last, men i alla fall vore det en enkel sak att anordna provianteringen på ett förståndigare och billigare sätt, om nämligen det minsta spår af intresse för arbetarnas bästa funnos hos resp. arbetsgifvare. I regeln köpes nu provianten i andra hand från arbetsbasen, hvilket just ej är ägnadt att bidraga till billigare åtkomst.

Ofvan berörda förhållanden gälla för arbetet i skogen vid timmerdrifningen; vårens flottningar bjuda på om möjligt ännu orimligare, för den oinvigde otroliga förhållanden. Under detta ytterst uppslitande och ansvarsfulla arbete saknas i regeln tillgång till äfven en så enkel bostad som kojan; arbetaren är här hänvisad att tillbringa de mycket sparsamma hvilostunderna på den ännu frusna marken utan annat underlag än i bästa fall litet granris och utan annat skydd mot vårens nyckfulla väderlek än det, som vildmarken bjuder djuren.

Hvad kan nu åtgöras för en ändring i dessa grofva och upprörande missförhållanden? En framställning till arbetsgifvaren direkt skulle möjligen i ett eller annat fall leda till ett tillfälligt ingripande; att däremot utan sådan påstötning våga hoppas på någon förbättring, ligger beklagligt nog utom sannolikhetens gräns.

Men att så sätta nya klutar på gammalt kläde vore endast att förvärra sakläget och uppskjuta den högst nödvändiga reformen. Lagstiftning och ordnad kontroll är den enda möjliga utvägen. När våra lagstiftande myndigheter funnit behof att skydda skogen, torde ej vara ur vägen att begära en liknande åtgärd för skyddande af det åtminstone i en del ögon lika dyrbara människomaterialet. Kanske t. o. m. den omvända ordningen varit mera rimlig i vår upplysta tid; ett synes dock visst: *lagen för skydd mot yrkesfara måste utsträckas att gälla skogshandteringen i Norrlands skogar.* Hvad man för sådant ändamål med skäl och utan att nämnvärdt betunga arbetsgifvaren kan begära som ett minimum är följande:

Kojorna uppföras af tillräckligt skrädda stockar, så att väggarna efter vederbörlig diktning blifva dragfria;

ett tätt och fast golf inlägges, äfvenledes dragfritt;

eldpallen bör bibehållas för upplysning och torkning, men skorstenen infogas tätt i taket och göres tillräckligt hög för att förekomma inrökning, hvarjämte rökgången förses med spjäll;

för matlagning och för uppvärmning insättes i kojan en — eller i större kojor två — järnspisar med plåtskorsten;

dörren göres dragfri, och minst två fönster af 1 kvadratmeters yta insättas, hvarjämte på kortväggarna uppslås skåp för förvaring af matvarorna, och framför fönstren fällbara bord placeras;

liggbritsarna afdelas genom tillräckligt höga bräden i skilda sofplatser af minst 75 centimeters bredd, och hvarje liggplats förses med halmstoppad madrass och kudde.

Med antydda förändringar regleras beläggningen i kojan till ett resonligt mått, och en efter rådande undantagsförhållanden lämpad bostad skulle vinnas, som utan betänkligheter kunde godtagas.

Kunde därtill i åtminstone de större kojorna en karl särskildt anställas för matlagning, städning, tvätt och renhållning af kläder o. s. v., vore äfven mat- och beklädnadsfrågan till god del löst, då en gemensam, i större skala drifven proviantering och hushållning skulle nedbringa kostnaden för person och dag från nuvarande 1.50—1.75 kronor till sannolikt endast hälften. För kojor med 10 mans beläggning och däröfver skulle arbetsgifvaren vara skyldig att hålla kock eller ännu hellre att tillhandahålla arbetarna kosten mot rimlig ersättning; alltid borde arbetsgifvaren söka intressera arbetarna för gemensamhetsprincipen. Slutligen ett viktigt spörsmål: arbetsgifvaren skulle åläggas att själf eller genom ombud uppföra kojorna och ej som nu få bortslumpa arbetet på entreprenad — han bör själf bära det moraliska ansvaret, som nu behändigt kastas på entreprenören. Till belysande af prisfrågan må anföras, att det för en medelstor koja för omkring 20 man och 5 hästar uppgår till den mycket blygsamma summan af 150 kronor. Genomförandet af föreslagna förändringar skulle kanske tredubbla denna summa, hvilken ändå med all sannolikhet ej skulle uppgå till mera än 1—2 % af nettovinsten på en afverkning med så stort manskap.

För flottningslederna må fordras uppförandet af kojor på rimligt afstånd och af gärna något bättre kvalitet än ofvan skisserade normalkoja, då dessa behöfva tagas i anspråk oftast hvarje år. Skulle så lämpligare och mindre betungande anses, må sofsäckar anskaffas af godkänd kvalitet.

Det sätt, hvarpå Norrlands provinsialläkarekår torde få anses lämpligast gå till väga för att gifva en kraftig impuls åt reformarbetet på detta område, är att ingå till Kungl. Maj:t direkt eller möjligen till konungens befallningshafvande i respektive län med en gemensam, af samtliga undertecknad proteststkrifvelse jämte förslag till som nödvändigast ansedda förbättringar och ändringar. Ett kraftigt yrkande på omedelbart insatt arbete för utredning af ärendet samt ett hänvisande på nödvändigheten af lagbestämmelser och ordnad kontroll bör jämväl ingå i den föreslagna skrifvelsen. Denna kontroll kunde lämpligen anförtros åt ämbetsläkare och jägmästare på skilda orter. Riksdagsmännens uppmärksamhet bör fästas vid saken kanske

helst genom utdrag af vid mötet förda förhandlingar, med möjlig utsikt till motions framläggande. Att söka intressera kommunalnämnderna lär väl föga båta; deras beroende af bolagen eller annan hänsyn till egen fördel lär väl i de flesta fall lägga oöfverstigliga hinder i vägen. Annars vore ej Hälsovårdsstadgans § 30 något oäfvet vapen, som med pressens hjälp kunde göras skarpt nog: bolagsintresset skyr klokt nog den offentliga diskussionen om hithörande ärenden, och en bötfällning skulle nog väcka dess ambition. Emellertid — den rena lagstiftningsvägen är den enda klara och fullt effektiva, och tillåter jag mig rikta en enträgen vädjan till mötet att utan uppskof skrida till verket. Läkarekåren har ej rätt att stillatigande åse allt detta elände i de norrländska timmerkojorna.

Gäddede april 1907.

(Se sid. 9 § 25.) *Adolf Hassler.*

Bilaga 11.

Sedan undertecknad såsom diskussionsämne vid Svenska Provinsialläkareföreningens instundande årsmöte i Sundsvall föreslagit: »Tillsättas statens järnvägsläkare på ett tidsenligt och mot nutida fordringar svarande sätt?» fått i uppdrag att inleda detta ämne, skall jag först och främst bedja att få referera till en uppsats: »En järnvägsläkarefråga», införd i n:r 34 af Allmänna Svenska Läkartidningen för den 25 augusti 1905, hvilken enligt min mening till full evidens visar, att det är högt på tiden att något göres för att statens järnvägsläkare må komma att tillsättas på ett för alla parter mera lämpligt och rättvist sätt.

Hvad som genast måste slå en med häpnad är, i synnerhet när man tänker på allt hvad som redan talats och skrifvits om extra provinsialläkarnas tillsättning, att en statens järnvägsläkaretjänst, vid hvilken utom tjänsteårsberäkning äfven de 5 första åren få räknas en tillgodo för pension, samt hela läkarens lön betalas af staten, likväl tillsättes, som det heter, af »Kungl. Järnvägsstyrelsen» på förslag af distriktsförvaltningen utan att först hafva varit förklarad ledig och i laga ordning sökts. Hur det för öfrigt kan tillgå vid sådana platsers tillsättning torde kanske bäst kunna belysas genom några exempel. En nuvarande järnvägsläkare har själf för mig meddelat, att han erhöll sin plats på följande sätt: Bandirektören, som är en af dem, som ha att uppgöra förslag, och hos hvilken ifrågavarande läkare var husläkare, frågade blott, om han ville blifva järnvägsläkare, för nu var linjen den och den ledig, och då läkaren icke hade något däremot, erhöll han också platsen. Reflektionerna göra sig själfva. Staten betalar hela lönen och vännen husläkaren får utan vidare platsen, med hvilken både tjänsteårsberäkning följer och äfven de 5 första tjänsteåren få räknas till godo vid pension.

Vid ett annat tillfälle för några år sedan blef jag själf under loppet af några dagar upprepade gånger tillfrågad af en stationsinspektor, hvars svåger var distriktssekreterare vid statens järnvägar och således en af dem, som hade att upprätta förslag till återbesättande af en då ledig järnvägsläkarebefatt-

ning, om jag skulle vara villig att låta ifrågavarande stationsinspektor få hand om all medicinutdelning vid hans station, hvilken skulle inbringat honom minst 400 kronor årligen, och hvilken han legat öfver mig många år för att få; han skulle då hjälpa mig att blifva järnvägsläkare på den ledigblifna linjen. Huru som helst, jag svarade honom, att jag hvarken ville eller kunde göra något åt den saken och att det för öfrigt vore stor orätt att försöka taga inkomsten från en stackars sjuksköterska, och resultatet blef, att ehuru alla skäl funnos för att utnämna mig till järnvägsläkare å den ledigblifna linjen, detta likväl icke skedde, oaktadt jag genast såväl personligen som skriftligen tagit mig friheten söka platsen. I stället uppdelades linjen, och järnvägsläkare tillsattes så som i den förut påpekade uppsatsen är framhållet, detta enligt distriktschefens till mig lämnade meddelande för att spara in en järnvägsfribiljett, ett tillvägagångssätt, som af auktoritativa personer förklarats för rent af absurdt. Järnvägsläkaren för den största järnvägsstationen på linjen, Kjeflinge, vid hvilken ungefär 143 personer, af dem 43 tjänstemän, skola hafva fri läkarehjälp, kom nu att bo i det en mil från Kjeflinge belägna Teckomatorp, en station, som icke ens tillhör staten utan någon bibana, och vid hvilken staten icke har mer än 4 personer anställda utom deras familjer (uppgifterna lämnade af en härvarande 1:e stationsskrifvare), som skola på statens bekostnad hafva läkarehjälp. Då denne järnvägsläkare förut var regementsläkare, extra provinsialläkare i ett stort och arbetsamt distrikt samt järnvägsläkare i statens tjänst ända upp till Billesholm, ett område till att vara i Skåne i och för sig själf ej så litet, så kan det icke förvåna, när man läser i tidningar, att järnvägspersonalen hellre önskar en kontant ersättning, låt vara aldrig så liten, i stället för den så kallade fria läkarehjälpen, af hvilken de ofta icke hafva någon nytta alls utan snarare rent af skada. Skulle man enbart af detta fall bedöma en järnvägsläkares göromål såsom sådan, så torde man icke kunna undgå att få den uppfattningen, att detta hans arbete måste vara ringa eller intet och under sådana förhållanden borde också dessa platser tillsättas i likhet med vanliga årsackord med sjukkassor eller såsom kungl. postverket, tullverket etc. hafva det ordnadt. Dessa verk taga ju den läkare, som bor närmast och bäst till hands för att bestrida den enskilda sjukvården och lämna honom ersättning enligt räkning för hvarje särskildt fall. Alla med nuvarande statens järnvägsläkaretjänster förenade förmåner för öfrigt skulle då bortfalla; äfven den ominösa järnvägsläkarefribiljetten, om hvilken det väl egentligen ej ens är värdt att tala, särskildt hvad beträffar

statens förlust eller vinst på en sådan. Men då det utan tvifvel i regel icke är ett så alldeles blott lekverk att vara järnvägsläkare i statens tjänst, utan en sådan plats i själfva verket nog också kan kräfva sin man — jag får ju se bort ifrån sådana säkerligen mycket enstaka järnvägsläkare, som man ibland först efter att hafva anmält dem för K. Järnvägsstyrelsen och efter företedda bevis från kommunalnämndens och kommunalstämmans ordförande kan tvinga att sköta sin tjänst — så får jag såsom min åsikt uttala, att ej blott alla de förmåner, som för närvarande äro förenade med en statens järnvägsläkaretjänst, må bibehållas, utan bör särskildt lönen för arbetet ökas samt tjänsten ej blott tillsättas för 5 år åt gången utan för framtiden, dock med skyldighet för innehafvaren att underkasta sig en omreglering af distriktet, om Kungl. Maj:t eller K. Medicinalstyrelsen, men icke K. Järnvägsstyrelsen så skulle finna nödigt eller önskvärdt. Dessutom böra järnvägsläkarna med åtminstone minst samma rätt som militärläkarna vara berättigade till pension. Så inrättade järnvägsläkaretjänster skola naturligtvis i laga ordning förklaras till ansökan lediga, och K. Medicinalstyrelsen uppsätta 3 af de sökande, om så många finnas, på förslag och äfven själf utnämna eller ännu hellre blott förorda en af de tre, och Kungl. Maj:t sedan utnämna den af de på förslaget uppförda, som måste anses vara ej blott den lämpligaste till att bestrida den enskilda sjukvården utan äfven till att handhafva den allmänna hälsovården, som på en sådan plats kan komma ifråga. Att det borde vara absolut förbud för en och samma läkare att innehafva 2 platser i statens tjänst, med hvilka berättigande till tjänsteårsberäkning och pension följer och hvarigenom han således, utan att själf hafva erhållit någon nämnvärd fördel, beröfvar en kollega en eftersträfvad och kanske väl behöflig plats, anser jag så självklart, att jag väl därpå icke behöfver spilla många ord.

Med sådana exempel som att till järnvägsläkare ena gången taga en militärläkare, som på grund af lokala förhållanden och på grund af de läkaretjänster, som han redan förut innehafver, måste anses därtill vara fullkomligt olämplig och blott en kort tid därefter samme distriktschef vid tillsättandet af en annan järnvägsläkareplats förklarar: »Ja, en militärläkare vilja vi då på inga villkor hafva, icke heller till järnvägsläkare en läkare, som förut är fästad vid universitetet, oaktadt denne senare, på hvilken jag syftar, måste anses i alla afseenden hafva varit därtill synnerligen lämplig, men det oaktadt förbigicks, eller att, ehuru till järnvägsläkare lämplig läkare finnes bosatt vid en station, likväl försöka få dit en annan, då denne

senare omöjligen skulle kunna lefva där, såsom det anstår en läkare, på sin lilla järnvägsläkarelön + eventuel öfrig praktik, och hvarigenom således läkareproletariatet m. fl. andra olägenheter skulle kunna uppstå, och med tanke på att äfven rent medicinska förutsättningar måste finnas för att på bästa och lämpligaste sätt kunna tillsätta en läkaretjänst, gör, att jag vågar uttala den önskan, att »Kungl. Järnvägsstyrelsen» snarast möjligast måtte få blifva befriad från att på distriktstyrelsernas förslag tillsätta järnvägsläkare i statens tjänst, och att tillsättandet af dessa i stället må blifva ordnadt så, som jag ofvan framställt.

Kjeflinge den 10 juni 1907.

(Se sid. 10 § 28.)

Alvar Sandberg,
e. provinsialläkare.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING.

Sid.

Protokoll vid årsmötet 8—10 juli ... 1
» » styrelsesammankomst 10 juli ... 13
Revisionsberättelse ... 14
Styrelsens årsberättelse ... 16
Barnmorskeförbundets skrifvelse till styrelsen ... 19
» » » Konungen ... 20
Yttrande öfver sistnämnda skrifvelse ... 22
J. A. Nyström: I pensionsfrågan ... 26
Protokoll vid styrelsesammankomst 7 juli ... 30
Redogörelse för styrelsens verksamhet ... 32
Redogörelse för gula lapparnas innehåll ... 34
A. Lundh: Hvilka medel böra tillgripas och hvilka åtgärder vidtagas för att höja provinsialläkarekårens sociala anseende och betydelse ... 37
A. Lundh: Om bildandet af en sjukkassa, hvari alla provinsialläkareföreningens medlemmar böra ingå ... 45
Ad. T. Robbert: Social medicin ... 48
Adolf Hassler: Hvad kan och bör från provinsialläkarekårens sida göras för beredande af drägligare lefnadsförhållanden för Norrlands skogsarbetare? ... 51
Alvar Sandberg: Tillsättas läkaretjänsterna vid statens järnvägar på ett tidsenligt sätt? ... 56



Stockholm, Svenska Boktryckeri-Aktiebolaget, 1907.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 8 november 1907.

4:e årg.	Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER.	N:o 45.

Innehåll: G. BÄÄRNHIELM: Prostatahypertrofiens behandling. — FR. VICT. ASKLIN: Om militärläkarebanan. — Insändt. — Psykiatriska föreningens årsmöte. — Periodisk litteratur. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser.

Prostatahypertrofiens behandling.

Föredrag vid Jönköpings läns läkareförenings sammanträde i Jönköping den 9 juni 1907.

Af

D:r **G. Bäärnhielm.**

Prostatahypertrofiens behandling står f. n. öfverallt på dagordningen bland kirurgerna. Att så är fallet, framgår dels af den massa publikationer i ämnet, som öfverallt ser dagen i den kirurgiska litteraturen, och dels af det intresse, hvarmed frågan omfattas på kirurgiska kongresser och möten. Sträfvan att söka vinna klarhet i denna fråga är lätt förklarlig, då man betänker, huru vanlig åkomman är. Enligt Thomson förekommer prostatahypertrofi hos 34 % af män öfver 60 år, och i 15—16 % uppträda rubbningar på grund af densamma.

Om prostatahypertrofiens etiologi veta vi intet med visshet trots mångfalden af hypoteser därom. Att gonorrhoe, som påståtts, skulle spela någon roll, är föga troligt, då en kronisk gonorrhoisk process i prostata medför destruktion och atrofi af körteln, under det att prostatahypertrofien till sin natur är en hyperplastisk process. Detta stämmer också med den erfarenheten, att prostatici vanligen ej haft gonorrhoe. Rovsing uppställer följande hypotes. Enligt Fürbringer är prostatas uppgift att lämna ett sekret, som håller spermatosoerna lifskraftiga. Då vid tilltagande ålder och därmed följande senil

degeneration prostata-sekretet blir kvalitativt mindervärdigt, sträfvar naturen att kompensera den nedsatta kvaliteten genom ökad kvantitet. I följd häraf uppstår en funktionell hyperplasi af körteln.

Diagnosen af prostatahypertrofien är genom sina karakteristiska symptom allom bekant. Dock äro misstag ej uteslutna, och mer än en gång får man på lasarett mottaga prostatici, som insändts under annan diagnos t. ex. sten eller kronisk cystit. Naturligen bör man aldrig försumma att göra rektalundersökning, hvilken ju i de flesta fall klarar diagnosen. Att märka är dock, att frånvaron af en i rektum utbuktande prostata ej nödvändigt utesluter hypertrofi. Prostata kan ju lika väl ha fått sin hufvudsakliga förstoring inåt blåsan som åt rektum, vare sig det gäller körteln i sin helhet eller endast en lobus medius. Vid diagnosens ställande har jag i några fall haft god hjälp af bimanuel undersökning, då jag därvid kunnat konstatera en betydande utveckling af prostata, hvilket också bekräftats vid operationen. Gifvet är, att detta förfarande ej ofta kan komma till användning, utan endast vid fall af betydlig förstoring och hos magra individer med slapp och eftergiflig bukvägg.

Vid behandlingen af prostatahypertrofien ha vi först att göra oss reda för, hvilka symptom, som äro en direkt följd af hypertrofien, och hvilka som mer eller mindre indirekt följa efter. Strängt taget ger prostatahypertrofien såsom sådan endast ett eller rättare två symptom, försvårad resp. upphäfd förmåga att låta urinen. Alla andra symptom äro rent sekundära. Utgår man från detta resonnemang, så följer som ett axiom, att en radikal bot af prostatahypertrofien är = aflägsnande af hindret d. v. s. prostata. Förunderligt är, att trots så många års arbete på detta område, och sedan så många andra utvägar pröfvats, först på de senare åren detta sätt att se saken tagit fast och målmedveten form. Att förhållandet i praktiken ännu ställer sig annorlunda, beror på många omständigheter, bl. a. att vid behandlingen af prostatahypertrofien vi i regeln ej ha att vända oss mot själfva grundlidandet utan mot dettas följdsymptom, d. v. s. att vi ofta få nöja oss med en symptomatisk behandling. Det är på grund häraf, som prostatahypertrofien ej endast är kirurgens sak, utan här äfven den interne läkaren har en mission att fylla, och där han tvifvelsutan kan vara till mycket gagn.

När vänder sig en prostatiker tidigast till läkaren för att få hjälp? Säkerligen ej, då det enda han märkt är, att urineringen börjar gå trögt, d. v. s. han får stå en längre eller kortare stund, innan urinen börjar gå, ej heller då han obser-

verar, att strålen i stället för att gå i båge framåt, faller rätt ner, kanske ej ens, då han besväras af en 5 à 6 urineringar nattetid. Och likväl har han redan då typiska symptom af prostatahypertrofi. Nej, det första som för honom till läkaren är antingen den fullständiga retentionen eller inkontinensen. Och hvarpå bero dessa? Den förra beror på, att den genom den fyllda blåsan uttänjda och försvagade muskulaturen ej förmår öfvervinna hindret af den förstorade prostata, och den senare, att den förslappade sphinktern ger efter för trycket af urinen. Sålunda båda indirekta symptom. Senare kunna tillkomma cystitsymptom, blödningar, smärtor, pyelit och pyelonefrit.

Hjälpmedlet i första hand vid prostatahypertrofien är katetern. Med en rationellt ledd kateterbehandling kan under i öfrigt gynnsamma förhållanden en prostatikers tillvaro bli dräglig för längre eller kortare tid. Katetern har emellertid förvisso ej någon kurativ inverkan på prostatahypertrofien, utan hvad den verkar är, att genom en metodisk aflastning af blåsans innehåll den atoniska muskulaturen stärkes, så att den i någon mån kan öfvervinna motståndet, som utöfvas af den hypertrofiska prostata. Förr eller senare inträder väl ofelbart vid fortsatt kateterbehandling infektion af blåsan, och därmed är porten öppnad för alla de förut nämnda komplikationerna. Men äfven dessa äro i viss grad tillgängliga för terapeutiska ingrepp medelst interna medel, blåssköljningar o. s. v. Till sist kunna de dock lämna oss i sticket och göra det vanligen, och prostatikern är nödsakad att söka kirurgens hjälp. Och härmed äro vi inne på indikationerna för operativa ingrepp mot prostatahypertrofien. Åsikterna om dessa äro ännu i hög grad divergerande. Å ena sidan förfäktas den åsikten, att prostatahypertrofi bör opereras, så snart den diagnosticerats, och å andra att nödvändighet att operera endast sällan förefinns, utan att en kateterbehandling ej blott har symptomatisk utan verkligt kurativ effekt. Mellan dessa båda ytterligheter framhålles såsom indikationer till operation: fullständiga, ofta upprepade retentionssymptom, täta urinträngningar, inkontinens, omöjlighet att införa kateter, då katetrisering är förenad med svårighet eller är åtföljd af smärtor eller blödning eller har förorsakat infektion af blåsan.

En faktor, som bör tagas med i räkningen, är patientens sociala ställning. En välsituerad patient, som har tillfälle att på ett rationellt sätt behandlas med kateter eller en, som är nog intelligent att själf sköta denna så, att infektion af blåsan förekommes, kan lättare föra en relativt dräglig tillvaro utan operation än en patient, tillhörande den arbetande klassen eller

individer med ringa intelligens, där en tids kateterlif förr eller senare medför cystitiska symptom. För dessa senare inträder naturligen nödvändigheten af operation tidigare och mera påtagligt. För min del ställer sig frågan, med den lilla erfarenhet jag äger, på följande sätt: prostatici, som söka vård på lasarett och då vanligen tvingas dit på grund af retention eller inkontinens med eller utan cystitiska symptom, uppnå i regel genom en systematisk kateterbehandling jämte ev. behandling af cystiten det resultatet, att de kunna urinera spontant, dock aldrig med fullständigt tömmande af blåsan, utan med en residualurin, växlande mellan omkr. 50 och 200 kbcm. Detta är ju godt och väl, men jag vet ju, att pat. sannolikt förr eller senare kommer i samma läge som förut. Jag föreslår därför principiellt dylika patienter operation, i fall med svårartade symptom med en nyans af öfvertalning eller åtminstone försök att öfvertyga, och naturligtvis alltid med framhållande af operationens såväl fördelar som risker.

Hög ålder hos patienten utgör i och för sig enligt den allmänna åsikten ingen kontraindikation till operation. Såsom sådana hafva uppställts: hjärtinsufficiens, diffus bronchit, detrusorförlamning, njurinsufficiens.

Jag vill betona, att hvarje operativt ingrepp på själfva prostata måste föregås af behandling af en ev. förefintlig cystit, vare sig därvid är tillräckligt med intern eller lokal behandling eller en sectio alta först blir nödvändig.

Af operationsmetoderna förbigår jag kastrationen och vasectomien, hvilka numera väl ha en ytterst begränsad användning. Äfven om Bottinis metod att på galvanokaustisk väg partiellt aflägsna prostata torde jag kunna fatta mig kort. Den användes vid utpräglad lob. tertius och vid liten, fast prostata och är indicerad hos svaga, nedsatta individer på grund af operationens kortvarighet, emedan narkos ej behöfver användas, emedan den kan upprepas, om resultatet ej blir fullgodt efter första operationen, och emedan potensen ej rubbas.

De båda hufvudoperationerna vid prostatahypertrofien äro den perineala och den transvesikala eller suprapubiska prostatectomien. Innan jag ingår på dessa, vill jag beröra den särställning, som ifråga om prostatahypertrofiens operativa behandling intages af Rovsing. På kirurgkongressen i Berlin i april d. å. framhöll han med synnerlig skärpa, att prostatectomien i allmänhet är oberättigad och bör företagas, endast om den är absolut nödvändig. Själf har han i 150 fall af prostatahypertrofi, som han behandlat, endast i 6 fall gjort total och i 9 fall partiel prostatectomi. Han resonnerar på följande sätt: här är ej fråga om aflägsnande af en elakartad svulst, utan

här gäller att ingripa mot ett enstaka symptom, urinretentionen. Skälet till hans negativa ståndpunkt är, att han bland prostatici, som radikalopererats, påträffat flera fall af melankoli, som understundom slutat med självmord. Såsom normalmetod använder han en af honom inventerad modifikation af cystostomia suprapubica, där han gör en ytterst liten öppning i blåsan, ej större än att en fin De Pezzers kateter kan införas. Med en sådan får pat. gå en hel månad, innan katetern behöfver ombytas. Med denna metod säger sig Rovsing ha fått utmärkta resultat; intet fall af melankoli eller självmord och ej ett enda dödsfall.

En hos oss, som jag tror, tämligen ofta använd metod med anläggande af en blåsfistel och bärande af ett permanent bandage med grof kateter och aftappningskran för urinen synes mig föga tilltalande. Jag har under de sista åren haft tillfälle att se flere dylika patienter, och deras tillstånd har förefallit mig synnerligen beklagansvärdt. En stinkande, ammoniakalisk, grumlig eller slemmig urin, en mer eller mindre eczematös och af urin fuktad bukvägg, samt subjektiva obehag af diverse slag, exempelvis ett deprimeradt sinnestillstånd, sådan är den bild dessa patienter företett. Bland mina fall af radikaloperation finnas två dylika patienter, hvilka kommit till mig med bön om att genom en ny operation bli befriade ur sitt bedröfliga läge.

Jag går nu till beskrifningen af den perineala prostatectomien. Pat. placeras i stensnittsläge med en metallkateter införd i blåsan. Det vanligast använda hudsnittet är bågformigt, gående mellan scrotum och anus från den ena tuber ischii till den andra. *Rydygier* i Lemberg använder ett vertikalt rafesnitt och anser sig med detta ha tillräckligt utrymme. Efter genomdissekerande af subkutana bindväfven inkommer man på bulbus uretræ, som isoleras utan att läderas. Vid dess bakre ända visa sig trådar af levatorani och transv. perinei, hvilka lossas från sitt tendinösa fäste i medellinien. Härvid blottas pars membranacea och under fortsatt, mestadels trubbig dissektion inkommer man på prostatakapseln. Sårhålan hålles öppen genom sidohakar och en hake mot rektum. Då man kommit in på prostatakapseln, blir förfarandet olika hos olika operatörer. *Riedel* söker principielt att undvika att lädera uretran. Efter klyfning af kapseln aflägsnar han prostata på ömse sidor om uretra med skarp slef, och håller därvid ej på att få bort all prostataväfnad. Om uretra ofrivilligt läderas, dräneras ej blåsan genom öppningen utan endast med kateter à demeure. *Albarran* öppnar principielt uretra, klyfver därefter kapseln och aflägsnar prostata i stycken. Därefter inlägger han kate-

ter à demeure i uretran och suturerar denna. För att göra prostata lättare tillgänglig användes af somliga operatörer särskilda förfaringssätt. *Nicoll* öppnar blåsan medelst sectio alta, dels för att binanuelt fastställa diagnosen och dels för att från blåsan kunna trycka ned prostata, hvarpå följer perineal enucleation med undvikande af att lädera blåsan och uretran. Detta förfaringssätt har jag i de båda fallen med föregående blåsfistel funnit synnerligen fördelaktigt. *Young* öppnar pars membr., inför i blåsan en sondformig retraktor, som kan omändras till T-form, och drar med denna ned prostata. På detta sätt kan han äfven exstirpera en lobus medius. Därefter dräneras blåsan såväl från öppningen som genom kateter à demeure. Blåsdränagen får ligga en vecka. *Rydygier* gör ett vertikalt insnitt i kapseln å hvardera sidan och lossar prostata trubbigt in toto med undantag af partierna, som ligga intill uretra. Genom att vertikalt genomskära prostata nära intill uretra kvarlämnar han å ömse sidor ett tunnt parti prostataväfnad och undviker sålunda att lädera blåsan och uretra.

Vare sig man aflägsnar prostata in toto eller i stycken, bör man söka hålla sig inom kapseln, hvarvid större lesioner af blåsan och uretra undvikas. Sträfvar man vid denna metod att äfven aflägsna en lobus medius, kan ju detta ej ske utan att i tämligen stor utsträckning blåsan öppnas. Hvad nu beträffar den operationsteknik, som jag själf använder, så söker jag att enukleera hvar hälft för sig trubbigt inom kapseln och att undvika lesion af blåsan och uretran. Jag hesiterar dock ej att, om det gäller att aflägsna en lobus medius, öppna blåsan, men söker sedan sorgfälligt suturera öppningen. I två fall, där jag på den perineala vägen aflägsnat äfven en lobus medius, har jag lyckats suturera blåsan och visserligen i början genom perinealsåret fått urinsekretion, hvilken dock sedermera i det första fallet upphört och i det andra, som ännu är under behandling, är på god väg att upphöra. — Dränagen af blåsan gör jag endast medelst kateter à demeure, under det att perinealsåret tamponeras med gas och delvis hopsys. Vid efterbehandlingen får katetern kvarligga två à tre veckor, hvarunder flitiga blåssköljningar företagas för att förekomma cystit. Skulle vid en möjligen förefintlig urinsekretion genom perinealsåret denna betydligt ökas efter kateterns aflägsnande, så inlägges den ånyo, tills den största delen går den normala vägen. Viktigt är, att patienten så tidigt som möjligt släppes upp ur sängen.

Den transvesikala eller suprapubiska prostatectomien har väsentligen utbildats af *Freyer*, hvilken i användandet af denna metod tycks ha uppnått en till fullständig virtuositet uppdrif-

ven teknisk färdighet. Efter sedan sectio alta gjorts och prostatas förhållande undersökts genom digitalexploration, delas slemhinnan öfver den prominerande prostata, och sedan denna skjutits upp med hjälp af ett i rektum infördt, handskbeklädt finger, enukleeras körteln trubbigt med fingret ur sin kapsel. Blödningen stillas genom digitalkompression från rektum och blåsan, prostatabädden tamponeras med gas och blåsan dräneras genom såret. Af somliga operatörer inlägges dessutom en kateter à demeure, af andra ej. Hos nedsatta individer kan operationen lämpligen göras i två seanser.

En flyktig jämförelse mellan dessa båda operationsmetoder tyckas ju afgjordt tala till förmån för den senare. Vid genomgåendet af den digra litteraturen i ämnet, skall man dock finna, att båda metoderna hafva lika lifliga förespråkare och entusiastiska anhängare och detta till den grad, att man vid studiet af skälen för och emot den ena eller andra metoden formligen står villrådig vid valet mellan båda. Det gäller därför att individualisera och vid det speciella fallet öfverväga för- och nackdelarna af de båda metoderna.

Enligt en statistik lämnar den suprapubiska metoden 14 % bättre resultat än de perineala. Potensen störes mindre vid den suprapubiska metoden, enär pars prostatica och därmed ductus ejaculatorii äro mindre utsatta för att läderas. Den lämpar sig bättre för äldre personer på grund af operationens kortvarighet, vidare vid en lobus tertius eller stor svulst och i de fall, där katetrisering ej är möjlig, eller där man efter alla undersökningsmetoder ej kommit till klarhet om prostatas förhållande. Bland olägenheter af metoden framhålles: vid hårda, fibrösa körtlar är operationen svår, så att man kan bli nödsakad att afsluta operationen perinealt. Hos kraftigt utvecklade patienter och särskildt vid fettrik bukvägg opererar man på ett betydligt djup, hvarför man har mindre god ledning af synen, i följd hvaraf lätt den prævesikala bindväfven läderas, och fara för blödning och infektion uppstå. Dränageförhållandena äro mindre gynnsamma, och operationssåret är ständigt i beröring med urinen.

Den perineala metoden lämpar sig bättre vid fall med större i rektum utbuktande sidolober, äfvensom vid små, hårda, fibrösa tumörer, som starkt adherera till kapseln. Bland dess företräden framför den suprapubiska metoden framhålles, att det är lättare att vid densamma fullständigt aflägsna körteln, att den ger bättre dränageförhållanden, att blåsfistel lättare undvikes, och att man bättre kan behärska blödningen. Olägenheter af metoden äro, som förut nämnts, impotensen, som väl uppträder vid de flesta fall, men som också i betraktande

af patienternas i allmänhet höga ålder borde vara af mindre betydelse; vidare orchit och epididymit samt postoperativa fistlar, dels uretralfistlar, dels recto-uretral- och recto-vesicalfistlar, de senare oftast uppkomna genom att rektum läderats af sårhakar vid operationen.

Beträffande resultaten af radikaloperationen för prostatahypertrofi, så ligger i sakens natur, att de bästa resultaten vinnas vid tidiga ingrepp. Mortalitetsprocenten visar den öfverensstämmelse mellan en mängd uppgjorda statistiker, att den perineala metoden ger en något mindre procent, i medeltal 8 %, den transvesikala omkr. 10,5 %. Fullt godt resultat lämnar radikaloperationen i ung. 60 %, då man därmed menar, att urinen har normal beskaffenhet och residualurinen = 0. Ännu större blir procenttalet, om man under godt resultat inrangerar de fall, där residualurinen växlar mellan 10 och 50 kbcm.

Jag har i det föregående framhållit, att den väldiga litteraturen öfver prostatahypertrofien visar, att intresset för ämnet är stort. Detta gäller särskildt om de tre större europeiska kulturlanden och Amerika. I England tyckes tack vare *Freyers* auktoritet den suprapubiska metoden vara den förhärskande, likaså i Amerika, ehuru där äfven den perineala vunnit insteg. I Tyskland och Frankrike synas båda metoderna ha ungefär lika många anhängare. I vårt land tyckes intresset för prostatahypertrofiens radikalbehandling ännu vara tämligen ringa. Jag har genomgått årsrapporterna från åtskilliga af våra större och medelstora lasarett för de senaste åren och däri endast funnit ett eller annat fall. Kanske kommer den i sommar sammanträdande Nordiska kirurgföreningen att åstadkomma en ändring i detta hänseende och väcka för prostatahypertrofiens radikalbehandling det intresse, som den enligt mitt förmenande onekligen förtjänar.

Till sist några ord om min personliga erfarenhet i ämnet. Sedan maj månad 1905 hafva på lasarettet i Eksjö vårdats 28 fall af prostatahypertrofi i en ålder af mellan 61 och 81 år. Af dessa hafva 7 undergått operation. Af de icke opererade hafva två dött, en som inkom i döende tillstånd och afled efter 3 dygn, och en som dog efter en vecka i coma diabeticum. En pat., som vid inkomsten hade blåsfistel, svåra smärtor och ymnig blödning från blåsan, utskrefs inom kort p. e. b., oförbättrad. Hos alla de öfriga var anledningen till inträde urinretention med eller utan cystitiska symptom. Efter en längre eller kortare tids kateterbehandling, ibland i förening med intern och lokal blåsbehandling, utskrefvos samtliga med förmåga att låta urinen men med residualurin, växlande mellan

45 och 200 kbcm. Af de opererade hafva 4 undergått perineal prostatectomi; två äro utskrifna läkta och utan residualurin, en är nyligen opererad och ännu under behandling. På en pat., som 7 månader förut undergått sectio alta och som inkom med blåsfistel och begärde att få bli af med densamma, gjordes först perineal prostatestomi. Han läktes, men kunde ej låta urinen spontant. Sedan äfven blåsfisteln varit läkt en tid, gjordes ny sectio alta och aflägsnades transvesikalt en vallformig krans af prostataväfnad omkring orific. internum. Ej heller därefter kunde pat. urinera. Under tilltagande kakexi afled patienten. Vid sektionen påträffades en ulcererande ventrikelkancer med metastaser i lefvern. Urinblåsan utan anmärkning. Af prostata fanns intet kvar.

Ett fall inkom med fullständig retention, svår cystit, hög feber och allmän infektion. Transvesikal prostatectomi, hvarefter tillståndet raskt förbättrades och pat. omedelbart efter operationen kunde urinera. Efter en vecka mors. Vid sektionen påträffades en förstorad vänsternjure, genomsatt af abscesser. Af den högra njuren fanns endast ett rudiment nere i lilla bäckenet.

Ett fall, som inkom med oförmåga att tömma blåsan, en urinmängd af 3 liter pr dygn och residualurin af 600 kbcm., opererades transvesikalt med exstirpation af en tumändstor lob. tertius. Olyckligtvis gjorde jag försök att genast hopsy blåsan och endast dränera med kateter à demeure. Följden blef, att ingen urin gick genom katetern och blåssuturerna blefvo insufficienta. Vid revision af operationssåret befunnos blåsan och cavum Retzii fyllda af kolossala massor af blod- och fibrinkoagler. Sedan dessa aflägsnats, cavum Retzii hårdt tamponerats och blåsan dränerats, afgick urinen genom katetern. Pat. afled 8 dagar efter operationen i dubbelsidig pneumoni.

I ett fall slutligen, där jag hade anledning förmoda en hufvudsakligen intravesikalt utvecklad prostata, gjordes sectio alta i syfte att aflägsna prostata transvesikalt. Vid palpation befanns ingen del af prostata framskjutande i blåsan, hvarför operationen inskränktes till dränage och kateter à demeure. Utskrefs läkt med förmåga att urinera och har sedermera ej afhörts.

Utom dessa 7 fall har jag på Borgholms lasarett utfört två perineala prostatectomier, båda med god utgång. Min statistik omfattar sålunda tre fall af transvesikal prostatectomi, i ett fall efter föregången perineal sådan, alla med dödlig utgång, om också denna endast i ett fall var en direkt följd af operationen, samt 5 fall af perineal prostatectomi, af hvilka 4 med god utgång och en ännu under behandling.

Den erfarenhet jag vunnit angående prostatahypertrofiens radikalbehandling har därför, förklarligt nog, ännu så länge gjort mig till anhängare af den perineala metoden.

Det sista fallet af perineal prostatectomi behandlades lång tid polikliniskt för en envis perinealfistel. Han visade sig i okt. Var då fullt läkt, kunde urinera spontant. Residual urin = 0. Sedermera har jag utfört 2 transvesikala prostatectamier. I ena fallet residualurinen efter op. 50 kbcm., i andra fallet 0.

Om militärläkarebanan.

II.

(Forts. och slut fr. n:r 42).

I sista uppsatsen uttalade jag den tron, att militärläkaren aldrig blir annat än ett bihang till den militära ledningen. Han blir »secunda» och det icke blott som medlem af krigsmakten utan äfven som läkare, där den militära åskådningen förefinnes i öfvervägande grad. En militär, så officer som menig, går så vidt möjligt till civil läkare, när det gäller sjukdom. Han tror lika litet på hans förmåga som läkare, som han aktar honom som militär.

I en stor stad som Göteborg eller Stockholm går det emellertid för en militärläkare att få lika god praktik som andra. Är det förmätet tro, att detta beror därpå, att å så stora ställen den militära åskådningen drunknar i den borgerliga eller icke förmår göra sig gällande.

Likaledes kan befaras, att militärläkaren skall komma att bli nedsatt äfven i allmänhetens åskådning. Åtskilliga fenomen i våra dagar peka därhän. Hans belägenhet blir då allt sämre och hans behof af ökad lön och pension än större.

För att han under dylika förhållanden skall bli skäligen honorerad, må det bli helt andra löner och pensioner än de hittills brukliga. Må konkurrensens lag beredas fritt rum att verka genom spridande af verksam upplysning. Må detta bli den väg, på hvilken vi skola komma till förbättrade villkor; andra ha icke ledt till målet.

Må vi så diskret som möjligt sprida kunskap om våra villkor till de kretsar, ur hvilka kåren rekryteras. Så ha t. ex. elementarlärarne gjort före oss och uppnått förbättring.

Men upplysning må spridas icke blott till medicine licentiater och studerande, ty detta är icke tillfyllest. Den som genomgått studierna och gjort omkostnaderna är oftast i det läget, att han icke längre har valet fritt. Han måste nöja sig med hvad som står till buds, om det är aldrig så dåligt. Utan kunskapen skall ut i de kretsar, hemmen, hvarifrån studenterna komma, så att folk få veta det, innan det är för sent. Bort därför med det för rekryteringen och möjligen äfven andra ändamål fördelaktiga, men för oss själfva fördärfbringande hemlighetsmakeriet. Må den, som tänker entrera på banan åtminstone veta hvad som väntar honom. Må han t. ex. veta, att en arméläkare, hvilken i lägsta graden har mycket skrala lönevillkor, kan komma

högst till kaptens lön och pension, dock så tillvida sämre än kaptenen, att han får sin pension 10 år senare än denne. *Arméläkaren* kan bli regementsläkare, möjligen fördelningsläkare med öfverstelöjtnants grad, öfverfältläkare med öfverstes grad [andra länders motsvarande post har generalmajors rang], men *utöfver kaptens lön och pension kommer han ej*. Den högsta lön och pension, som finnes för en läkare i svenska armén, är således resp. 3,400 och 2,720 kr.

En läkare i marinen, hvilken i de lägsta graderna visserligen har bättre betalning än arméläkaren, *kan icke komma ens till denna siffra.* Tre förste marinläkaretjänster, motsvarande regementsläkarne, på summa 45 marinläkare ge ingen utsikt som kan beräknas. Marinläkaren stannar i de lyckliga fallen (marinläkarne I grad) vid lön och pension å respektive 2,400—3,400 kr. och 1,920 kr., i de flesta fallen (marinläkarne II grad) vid 1,200 –1,800 kr. och 500 kr.

Redan dessa sifferuppgifter torde vara något, som de unga förhoppningsfulla aspiranterna »icke alls ha tänkt sig».

Samma sak kan också framställas på följande sätt:

Om samma sparsamhet, som tillämpats på den militära läkarekåren, iakttoges vid öfriga militärkårer, så finge vi se kommendörkaptener, kommendörer, amiraler, majorer, öfverstar, generaler gå och knoga för samma lön som kaptener och vid inträdande pensionslön efter fullgjordt värf återvända till en pension på 2,720 kr. alldeles som en kapten.

Emellertid har en dylik sparsamhet icke ansetts tillrådlig beträffande officerarne. Och icke heller ifråga om intendenter och ingeniörer. Dessa alla ha lön och pension efter grad; för dem finnas majorslöner, kommendörslöner, öfverstelöner, generals- och amiralslöner och pensioner.

Ja, för ingeniörerna finnas löner och pensioner, som äro betydligt högre än normalsatsen.

Endast i fråga om läkarne har man varit sparsam. Man tycks ha följt principen: ju dyrare examen, dess mindre lön och pension. Och läkarna ha hittills varit nöjda. I marinen t. ex. fattas icke aspiranter.

Den, som önskar detaljerade upplysningar i hithörande saker, hänvisas till militärkalendern 1907 (pris 1,50) sidd. 108—109, 128—130.

Honnörsbestämmelserna äro dessa lika. Rangordningen t. ex. bland marinens kårer och stater är som följer: 1) officer, 2) ingeniör, 3) intendent, 4) präst, 5) lärare vid kadettskolan, 6) läkare.

Det vanliga som vi se; läkaren sist. Efter läkaren kommer månadslönarestaten. I denna ordning presenteras och uppställes för besökande å fartyget, då amiralspersoner, furstar och andra gästa fartyget. Till hjärtlig förnöjelse icke blott för officerare, ingeniörer och intendenter utan äfven för alla reservofficerare ur ångbåts- och lotsbefälhafvarnes led.

Till en början kännes dylikt mycket påkostande, men under årens lopp vänjer man sig vid både detta och annat dylikt, hvarpå lifvet om bord är så rikt.

Men på den allmänna aktningen för läkaren såväl bland besättningen som bland de besökande ha ceremonierna det största inflytande.

Att betrakta ceremonierna som en småsak går icke för sig. I så fall skulle ett par galoner på armen mer eller mindre också vara en småsak. Fråga officern om det! En annan dylik småsak inom flottans reglemente är, att en trupp icke är skyldig läkaren samma honnör som en officer. Man skulle på ett eklatant sätt få reda på om

dylikt betraktas som småsaker, blott man föresloge t. ex. följande ordning bland kårer och stater: 1) Läkare, 2) Officer, 3) Lärare 4) Ingeniör eller dylikt; eller om man föresloge en reglementsparagraf af innehåll, att t. ex. å sjukvårdsanstalt eller eljes med sjukvård sysselsatt man icke är skyldig officer honnör men väl läkare.

Af militär rang har marinläkaren fått ett bättre mått. Han har t. o. m. något högre än intendenter och ingeniörer. Emellertid ha icke galonerna på läkarens arm, under dagliga lifvet ombord, på långt när samma kraft och verkan som då de sitta på officerens. En mycket stor skillnad har åtminstone in till de sista åren rådt därvidlag. Hvad som härom är skrifvet i n:o 26 af denna tidning är visserligen öfverdrift, men inriktar i alla fall blicken rätt.

Som vi se, döljer sig bakom grannlåten bra mycken skavank. Glittret synes och lockar; bristerna synas ej för den oinvigde och komma därför icke med i räkningen. Den väl underrättade aspiranten, som har sitt fria val och ej manas af utpräglad lust till kallet, betänker sig nog inför dylika utsikter.

Bland de folk (engelsmän och amerikaner), som vi nu med så stort skäl söka efterlikna, ger sig minsann ingen af fri vilja in på en bana, där man efter sådana uppoffringar, som vår examen kräfver, har en dylik utsikt. Och om vi genomträngas af denna engelsk-amerikanska ande, så torde det icke dröja så värst länge, förrän vi se våra lönevillkor förbättrade.

En omsorg har försports hos ett par insändare, att vi få lof se till, att vi icke skrämma bort aspiranterna genom våra skrifverier. Detta är enligt mitt förmenande en alldeles onödig omsorg. Sådana skola finnas i lika stort antal som förut, blott villkoren bli lockande. Antag att det bjöds militärläkaren en dagsinkomst å 25—30—40 kr. Helt visst tror jag, att det nödiga antalet skall fås, trots banans svårigheter.

Initiativ till omgestaltning utgå hos oss nu nästan uteslutande från allmänheten efter en längre presskampanj. Det torde därför kunna ifrågasättas, om man icke, i st. f. att så diskret som möjligt i ett fackorgan upplysa, borde med pressens tillhjälp söka åvägabringa rättelse i allmänhetens tanke om våra villkor, en tanke eller rättare villfarelse, som utan tvifvel är den djupaste orsaken till öfverklagade förhållanden.

Om vi icke röra vid denna »tanke» eller »tro», kan vårt läge lätteligen mogna för en krasch.

Provinsialläkareföreningen har nyligen låtit göra en enquête öfver medlemmarnes ekonomiska läge, en enquête, som fann vägen till pressen. Dess hufvudpunkter erinra sig säkerligen alla. Men hvar äro vi, då mången militärläkare, åtminstone ur de lägre graderna, finner sig nödsakad att sauvera sig på ett medelmåttigt extra prov.-läkaredistrikt?

Den 30 aug. 1907.

Fr. Vict. Asklin.

(Insändt.)

Till K. Bef:hde har Järnvägsstyrelsen den 6 aug. utsändt ett cirkulär angående utredning af en del skadade personers pensionering.

Detta såväl som K. B:s i Västmanlands län i anledning däraf vidtagna åtgärd synas mig ganska egendomliga, hvarför jag anhåller få bringa det i berörande delar till kollegernas kännedom.

Järnvägsstyrelsens skrifvelse lyder i hvad läkarne rörer sålunda: »Då nu beträffande åtskilliga pensionärer de hos K. Styrelsen tillgängliga handlingar icke lämna tillräcklig upplysning för bedömande... i hvad mån den kroppsskada, hvarom fråga är, verkat nedsättning i vederbörandes arbetsförmåga, får K. Styrelsen... härigenom anhålla att I viljen genom kronobetjäningen eller vederbörande kommunala myndigheter införskaffa samt till K. Styrelsen öfversända läkarebetyg, närmare beskrifvande den skada, som tillfogats pensionär under arbete för statens järnvägars eller järnvägsbyggnaders räkning samt angifvande, i procenttal, i hvad mån berörda skada i och för sig må orsaka nedsättning i vederbörandes arbetsförmåga.

Därest i något fall skulle uppstå kostnad för erhållande af dylikt läkarebetyg, skall, på begäran, sådan kostnad gäldas af trafikmedel...»

K. B:s resolution: »Sådant läkarebetyg, som i förestående skrifvelse finnes angifvet, anmodas länsmannen K. J. införskaffa rörande den i bilagda förteckning upptagne förre järnvägsarbetaren K. E. R. från S.»...

Hur skall nu länsman J. anskaffa nämnda läkarebetyg? Det kan ju hända, att personen i fråga ej bryr sig om att komma eller rent af vägrar att låta undersöka sig. Och om han kommer, skall då det till länsmannen lämnade uppdraget vara att anse som ett K. B:s förordnande för läkaren, medförande rättighet till ersättning ur statsmedel af 5 kr.? Det ser f. ö. ut som om järnvägsstyrelsen antager, att läkarne endast undantagsvis skulle komma att fordra ersättning för betyg af ifrågavarande slag, och det är ju möjligt, men ingalunda säkert.

Men till slut: kan läkaren åläggas att angifva i procenttal i hvad mån en skada må orsaka nedsättning i arbetsförmågan? Vore roligt härom höra kollegernas mening.

Skinnskatteberg d. 16 sept. 1907.

Seth Hultin.

(Insändt).

Psykiatriska föreningens årsmöte.

I det i n:o 43 af denna tidning offentliggjorda referat från psykiatriska föreningens årsmöte är återgifvandet (sid. 779) af mina därvid lämnade upplysningar om d:r Lindells åsikter i familjevårdsfrågan väl knapphändigt.

Af mitt yttrande vid mötet torde hafva framgått att d:r Lindells tvifvel om möjligheten att finna annan lämplig plats för familjevård afsåg endast familjevård af Korsbergatypen och motiverades af svårigheten att få sådan familjevård ekonomiskt fördelaktig för Staten — hvilket jag härmed önskar framhålla.

Växiö den 29 okt. 1907.

Einar Lauritzen.

Periodisk litteratur.

Här meddelas de senaste tidskriftshäftenas innehåll med undantag af referat, boknyheter m. m

Hospitalstidende, n:r 38—42. *Thorkild Rovsing:* Lapisantiseptik. — *R. Fogh:* Om Paavisning af Spirochæte pallida i Suit. — *A. J. Strandgaard:* Om Blodtrykket ved Lungetuberkulose.

Ugeskrift for Læger, n:o 36—41. *Viggo Esmann:* Nogle Bemærkninger om Fødselsstiftelsens Tangmodel af 1904. — *Alf. Bertelsen:* Numeriske Undersøgelser angaaende Forhold i Umanaks Lægedistrikt. — *Gunnar Hageus:* Et Tilfælde af Hudmiltbrand. — *Nicolai Schiødte:* Fremmede Legemer i Lungerne. — *Chr. Sangman:* Om Behandlingen af Lungetuberkulose med kunstig Pneumothoraksdannelse.

Tidskrift for den norske Lægeforening, n:o 18—19. *Edv. Kaurin:* Sanatoriebehandling af lungetuberkulose og dens resultater. — *W. Holmboe:* Marmoreks tuberkuloseserum.

Medicinsk Revue, n:o 10. *P. Jürgenssen:* Om Sindssygevæsenets Udvikling i Bergen.

Norsk Mag. for Lægevidenskaben, n:o 10. *Francis Harbitz* og *Olaf Scheel:* Pathologisk-anatomiske undersøgelser over tilfælde af akut poliomyelit og beslegtede sygdomme fra epidemierne i Norge 1903—1906. — *Olaf Frich:* Et tilfælde af sarkom i rygsøilen. — *P. Bull:* Meningocele vertebrale kombineret med teratom.

Nordiskt Medicinskt Arkiv. Afd. II. N:o 2. *Gunnar Koren:* Zur Biologie des Erregers des Darmtyphus. — *S. A. Pfannenstill:* Vorkommen und Bedeutung der Hypersekretion bei Abwesenheit von motorischer Insuffizienz.

Hvarjehanda notiser.

Jubileumsfondens sanatorier. Vid början af innev. nov. månad var antalet patienter, som väntade på ledig plats vid sanatorierna, följande

	Män			Kvinnor		
	Hålahult	Österåsen	Hessleby	Hålahult	Österåsen	Hessleby
Plats i helenskildt rum à 3,50 pr dygn	—	2	3	—	3	6
» i halfenskildt » » 2,50 » »	2	3	18	14	7	31
» i allmänt » » 1,25 » »	78	48	52	40	16	48
» i » » » 0.50 » »	63	49	59	62	18	53

Kungl. Maj:t har förordnat, att filialapoteket i Gamleby köping (Kalmar län) skall förändras till självständigt apotek.

Norrköpings läkarförening hade den 26 oktober sitt högtidssammanträde. Till ordförande för arbetsåret 1907—08 valdes d:r K. Jäderholm, till vice ordförande d:r O. A. Guilletmot och till sekreterare d:r Hj. Landelius.

Afgående ordföranden d:r J. Hintze höll föredrag öfver ämnet »Nyare rön angående tyfus och dess bekämpande. Jämte egna erfarenheter från årets vapenöfningar å Malmslätt». D:r Cronquist demonstrerade en 11-årig gosse med congenital defekt af vänstra tummen, starkt rudimentär höger tumme, samt ofullständigt utbildade radii.

Tjänstårsrätt. Kungl. Maj:t har medgifvit rätt till tjänsteårsberäkning *för hela den tid* legitimerad läkare innehaft militär eller

civil stipendiatbefattning. Hittills har sådan rätt endast gällt den tid, under hvilken stipendiat tjänstgjort på grund af förordnande.

Västerbottens läns läkarförening hade den 8 oktober en för öfre Norrlands förhållanden ovanligt talrikt besökt sammankomst, under ordförandeskap af Öfverläkaren H. Rödén, på det för kort tid sedan färdiga och i bruk tagna nya lasarettet utanför Umeå.

Därvid behandlades först Värmlands läns läkarförenings förslag angående åtgärder mot patent- och humbugsmedicin. Cirkulärskrifvelsen ang. kollektivackorden blef därefter föremål för en ingående diskussion, och tillsattes en 5-mannakommitté för att uppgöra förslag till yttrande.

Den s. k. provinsialläkarekommitténs utlåtande blef äfven föremål för en särdeles liflig diskussion och beslöt föreningen:

dels att instämma i den af doktorerna Björkman och Dahlborg mot kommitténs beslut afgifna reservation »att provinsialläkare för statspension skola få räkna sig till godo *alla* år de tjänstgjort såsom *extra* provinsialläkare»,

dels att meddela detta sitt beslut till samtliga läkarföreningar med anhållan att de ville uttala sig i frågan och insända sina uttalanden till allm. sv. läkarföreningens styrelse för lämpliga åtgärders vidtagande.

Till slut refererades tuberkuloskommitténs betänkande och det uttalande, som länets landsting med anledning af detta gjort.

Efter förhandlingarnas afslutande besågs det storartade lasarettsetablissementet under ledning af dess öfverläkare d:r H. Rödén.

Tuberculosis, den internationella tuberkulosföreningens månadsskrift, kan abonneras för 1908 till nedsatt pris genom Nationalföreningen mot tuberkulos, Norrlandsgatan 3, Stockholm. Prenumerationsafgiften, 3 kronor, bör insändas före den 20 november.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar. att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n: [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Härnösand[3]) (*ånyo* ledigförklarad; löneförmåner: 2,000 kr. jämte bostad och kost)	11 nov.
Extra prov.-läk.-tj:n i Enångers distr.[2]) (för tiden t. 1/10 1908; distr. omfattar Enångers o. Njutångers socknar + större delen af Nianfors kap.-församling af Gäfleborgs län med 3,268 invånare den 1 jan. 06; löneförmåner: 2,625 kr. + fri bostad)	18 nov.
Extra prov.-läk.-tj:n i Malå distr.[2]) (*ånyo* ledigförklarad för tiden t. o. m. 1911; distr. omfattar Malå socken af Västerbottens län med 2,680 invånare 1 jan. 05; löneförmånar 3,000 kr. jämte 300 kr. i hyresersättning)	18 nov.
Reg:tsläk.-tj:n v. Boden-Karlsborgs art.-r:e[1])	18 nov.
Läk.-befattn:n v. Centralfängelset å Härlanda vid Göteborg (sökes hos fångvårdsstyr:n)	20 nov.

En underläk.-tj. v. Vänersborgs hosp. och asyl[3] (kvinnoafd:n)	22 nov.
En marinläk.-stip.-befattn. (sökes hos marinöfverläkaren)	23 nov.
Extra prov.-läk.-tj:n i Ljugarns distr.[2]) (*nyinrättad;* distr. omfattar Garde, Laus, Alskogs, Ardre, Ala, Gammelgarns och Kräcklingbo socknar af Gottlands län med läk.-station i Ljugarn; lön: 2,425 kr.)	23 nov.
Prov.-läk.-tj:n i Skogs distr.[1])	25 nov.
1:e underläk.-befattn:n v. lasarettet i Gäfle[9]) (ledigförklarad på grund af ny treårsperiod)	27 nov.
En civil läk.-stip.-befattn.[2])	2 dec.

Af Kungl. Maj:t utnämnda och transporterade:

Till prov.-läk. i Norrtälje distr.: prov.-läk. i Sundsvalls distr. *A. W. Bergengren.*
Till prov.-läk. i Nedre Fryksdalens distr.: järnvägsläk. *F. A. Lindstein.*
Till prov.-läk. i Åsele distr.: ex. prov.-läk. i Jockmocks distr. *M. T. Wolf.*
Till lasarettsläk. i Vänersborg: lic. *B. O. L. Lundblad.*
Kaptens rang har tillerkänts bat.-läk. i reserven *J. C. Cronquist.*
Till bat.-läkare i reserven: fältl.-stip:rna *H. A. Fröderström, H. T. Erfass* och *J. O. O. H. Hansson.*

Af Med.-styr:n utnämnda och förordnade:

Till extra prov.-läk. i Indalslidens distr. (fortf. t. o. m. 1912): lic. *O. Tirén.*

Af vederbörande myndighet antagna:

Till extra prov.-läk. i Älfdalens distr. (t. o. m. 1908): lic. *N. A. Ahlberg.*

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Civ. läk.-stip:n *C. A. Lindgren* (31 dec.)

Af Med.-styr:n upprättade förslag:

Till *prov.-läk.-tj:n i Målilla distr.:* K. P. Tollin (förord), A. Lindwall, H. A. Melén.

Af Med.-styr:n afgifna förord till apoteksprivilegier:

Till *apoteket i Sotholm:* O. Meijer.
Till *apoteket i Mörtfors:* J. F. Hasselhuhn.
Till *apoteket Kronan i Uppsala:* C. G. Bergquist.

Af las.-dir:n afgifvet förord:

Till *las.-läk.-tj:n i Luleå:* E. T. Feltström.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *H. Simkowsky* t. f. 1:e stadsläk. i Härnösand fr. 1 nov. (v).
Lic. *H. Petersén* t. f. stadsläk. i Lindesberg 1—30 nov. (t).
Civ.-stip. *K. A. Andersson* t. f. prov.-läk. i Gislaveds distr. 27 okt.—26 nov. (t).
Lic. *C. A. Lindgren* t. f. 1:e prov.-läk. i Älfsborgs län 4 nov.—3 dec. (s).
Lic. *Ulrika Eriksson* t. f. underläk. v. Vänersborgs hospital o. asyl fr. 1 nov. (v).

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 15 november 1907.

4:e årg. | Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER. | N:o 46.

Innehåll: SYDNEY ALRUTZ: En algesimeter för kliniskt bruk. — Förslag till förändring af de för rättsmedicinska undersökningar gällande stadgar. — E. SELANDER: Om antidifteriserum. — Protokoll hållet vid Norrbottens läkarförenings sammanträde den 14 Sept. 1907. — Bokanmälan. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser. — Epidemiöfversikt.

En algesimeter för kliniskt bruk.

Af

Sydney Alrutz,

docent i psykologi, Uppsala.

Denna algesimeter afser en förbättring af det nuvarande förfaringssättet att undersöka smärtsinnets känslighet medelst en nål, som *med blotta handen* appliceras på huden, hvilket hvarken medger en jämn och lika kraftig nedsättning alla gånger, ej heller någon tillfredsställande gradering af retmedlets styrka. Endast betydligt starka nedsättningar i smärtsinnet kunna på detta sätt med säkerhet konstateras.

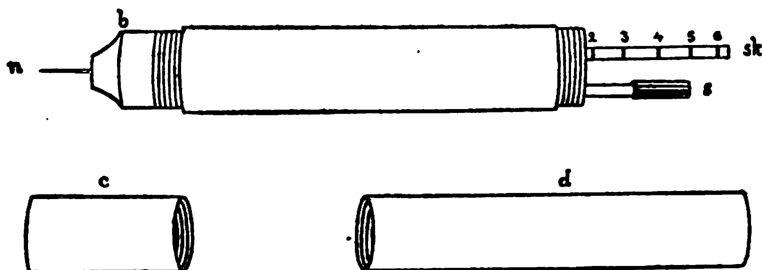
Beskrifning på apparaten.

I denna algesimeter är nålens öfre ända fästad vid en fin spiralfjäder, som utdrages, då nålen appliceras på huden. Till följd häraf är det möjligt att vid de olika retningarna få nedsättningen betydligt jämnare, hvarigenom retmedlets styrka blir mycket mer konstant, i själfva verket så konstant som kliniska kraf och den punktuella retningsmetoden öfver hufvud kunna göra det önskligt och erforderligt. Genom att dessutom spänna spiralen olika starkt, kan retmedlets styrka varieras. Detta sker på denna apparat medels en skruf, *s* (se figuren 1). På skalan för spänning, *sk*, afläsas de olika spänningsvärdena, 2, 3, 4, 5 och 6 gram.

För att förhindra att spiralen vid de olika nedsättningarna utdrages mer än till ett visst mått, är nålen, *n* hvars spetsyta är c:a 0,0001 kvmm. omgifven af ett litet hinder eller »bord», *b*.

Såväl nålspetsen som justeringsanordningen är skyddad af påskrufbara småcylindrar, *c*, och *d*, af samma material, förnicklad mässing, som själfva apparaten. Apparaten liknar till såväl storlek som form de fodral, hvari febertermometrar pläga förvaras. Den är således lätt att bära på sig och alldeles icke ömtålig.

Naturlig storlek.



Apparaten kan beställas hos instrumentmakare *Rose*, Uppsala, som förfärdigar densamma, justerad, till ett pris af kr. 18 för enstaka exemplar, och till kr. 16, om med förfärdigandet får anstå, tills inalles beställningar på 12 apparater influtit.

* * *

Vid *all* punktuell retning — således äfven vid den vanliga retningen med knapphål — bör ihågkommas, att de smärtförnimmelser, som kunna utlösas, äro af två slag. Dels den tydliga, väl differentierade *stick*-förnimmelse, som utlöses så godt som ögonblickligt och hvars retningströskel ligger rätt högt. Dels den mindre väl differentierade stickförnimmelsen eller den mer eller mindre tydligt *kliande* förnimmelsen, som utlöses senare (med bortåt 1 sek:s latenstid) och som därför också kallas den »sekundära» smärtförnimmelsen. Dennas retningströskel ligger relativt lågt. Vid undersökningen i fråga synes det nödvändigt att aktge på denna skillnad, äfvensom att, då det gäller att fastställa retningströskeln för eller existensen af smärtförnimmelser, hålla sig till det *första* slaget, nämligen de verkliga *stick*-förnimmelserna.

På grund af att smärt-(stick-)förnimmelser kunna utlösas

endast från vissa bestämda punkter på hudytan (de s. k. smärtpunkterna), är det önskligt att vid undersökning af ett hudområdes känslighet alltid göra ett flertal nedsättningar och bedöma känslighetsgraden efter totaleffekten eller efter de maximala förnimmelsernas styrka.

Vid den svagaste inställningen, 2 gram, ger denna algesimeter svaga stickförnimmelser å största delen af huden. Undantag härifrån göra emellertid händernas och fingrarnas dorsala ytor, hvarest i allmänhet denna retmedelsstyrka utlöser blott sekundära, m. l. m. kliande stickförnimmelser. På de volara ytorna bli värdena i hög grad beroende af epidermis' tjocklek. (På mig kräfves en retmedelsstyrka af 6 gram för erhållandet af tydliga stickförnimmelser därstädes.) Så snart man kommer uppåt underarmen (redan på handleden), framkallar ett värde af blott 2 gram tydliga stickförnimmelser nästan öfverallt. — På fotens och tårnas dorsala ytor tarfvas ett värde af 4 gram för att få stickförnimmelser tämligen allmänt. Å alla öfriga hudområden utlöser en inställning på 2 gram *i regel* mer eller mindre tydliga stickförnimmelser.

* * *

Som bekant har äfven *Thunberg* konstruerat en algesimeter[1]), som afser att fullkomna den brukliga metoden med nål. Denna algesimeter har den stora fördelen, att man arbetar med så godt som exakta värden å det använda retmedlets styrka. Med den af mig i denna uppsats beskrifna apparaten ange däremot värdena (2—6 gram) å spänningen naturligen icke det tryck, som faktiskt alla gånger utöfvas på hudytan, då detta ju här (men i ytterligt ringa grad i Thunbergs apparat) äfven är beroende på nedsättningshastigheten. Denna felkälla torde dock ej vara af större betydelse, helst då man lätt lär sig att sätta ned apparaten med nästan lika hastighet.

Under sådana omständigheter kan man emellertid fråga, hvarför jag konstruerat en ny algesimeter och hvarför jag, såsom fallet är, äfven vågar hoppas, att den skall befinnas lämplig till kliniskt bruk. Orsaken ligger däri, att *Thunbergs* algesimeter — förutom det att den tager rätt mycken plats och således ej kan bäras i fickan samt är mera ömtålig och äfven dyrare än min — *endast kan nedsättas i vertikal riktning, hvarför det hudparti, som undersökes, måste vara horisontelt placeradt.* Denna algesimeter är däremot oberoende af hudytans läge — den kan lika väl appliceras från sidan eller rätt underifrån som ofvanifrån. Fördelen häraf måste anses vara betydande

---

[1] »En ny algesimeter», Uppsala Läkarfören:s Förhandl. Bd VIII.

och naturligtvis allra störst, då undersökningen skall göras vid sjuksängen.

Vid sådana tillfällen emellertid, då man framför allt önskar erhålla ett så exakt mått som möjligt å det utöfvade trycket på hudytan, och då man är oberoende af alla bekvämlighetshänsyn, bör *Thunbergs* algesimeter alltfort komma till användning i första rummet.

Regler för apparatens användande.

1. Man fattar med tummen och pekfingret lätt om apparaten (cylindern, d, kan lämpligen vara påskrufvad) och nedsätter den rätt långsamt på huden, så att spetsen intryckes ända till det lilla bordet (d. v. s. så långt det går). Vid de olika försöken bör nedsättningen ske med så godt sig göra låter samma hastighet.

2. Man börjar undersökningen med 2 grams spänning. Kunna härmed tydliga, ehuruväl ej starka eller utprägladt obehagliga stickförnimmelser erhållas (obs. — flera nedsättningar vid hvarje försök!), kan smärtsinnet anses normalt (obs. dock händernas och fötternas mindre känslighet!) Erhållas åter inga tydliga stickförnimmelser, ökas retmedlets styrka genom att skrufva skrufven åt vänster och nya försök göras, tills retningströskeln uppnåtts.

3. Då man endast önskar *jämföra* olika hudytors smärtkänslighet med hvarandra, kan naturligtvis hvilken spänning som helst användas (helst dock 2 gram). Observeras bör likväl, att känsligheten rent fysiologiskt kan växla t. o. m. mellan närbelägna hudområden (t. ex. mellan hand och handled, kind och näsa, o. s. v.) och att vid halfsidighetsundersökningar de hudytor, som jämföras med hvarandra, böra vara så exakt symmetriska som möjligt och icke större än nödigt är.

4. Då apparaten icke användes, bör den alltid stå på lägsta spänningen (för att icke spiralen onödigtvis skall ansträngas).

Förslag till förändringar af de för rättsmedicinska undersökningar gällande stadgar.

Sedan Kungl. Maj:t år 1904 uppdragit åt en kommitté att verkställa revision af de för rättsmedicinska undersökningar gällande stadgar och till ledamöter i kommittén förordnat medicinalrådet Petersson, professor Bendz, häradshöfding Walden-

ström samt 1:ste prov.-läkare Naumann och efter dennes död i hans ställe 1:ste prov.-läkare Sörensson, har kommittén inkommit med förslag i nedan nämnda afseende:

1) lag om rättslig liksyn;

2) nådig stadga angående hvad vid rättsmedicinsk obduktion bör iakttagas;

3) medicinalstyrelsens kungörelse angående de särskilda bestämmelser, som vid rättsmedicinsk obduktion böra iakttagas;

4) ändrad lydelse af §§ 1, 18, 35, 36, 42, 46, 48, 58 och 59 i nådiga instruktionen för läkare den 31 oktober 1890;

5) ändrad lydelse af § 11, mom. 2 i nådiga instruktionen för medicinalstyrelsen den 31 december 1900;

6) förslag till lag angående skyldighet för domstol att i mål, hvari förordnats om rättsmedicinsk obduktion å död människas kropp, afbida medicinalstyrelsens yttrande, innan målet afgöres;

7) ändring i och tillägg till nådiga taxan för arfvode åt vissa läkare den 31 oktober 1890;

8) ändring i nådiga kungörelsen den 11 december 1891 angående villkoren för behörighet till 1:ste prov.-läkarbefattning;

9) nådig kungörelse om villkor för behörighet till vissa läkartjänster i städerna Stockholm, Göteborg och Malmö;

10) tillägg till nådiga brefvet den 9 juni 1762, allmängjordt genom Svea hofrätts universal den 23 juni samma år, angående ersättning för medico-legala besiktningar;

11) nådig kungörelse angående rättskemiska undersökningar i vissa fall;

12) ändrad lydelse af instruktionen för rättskemisten den 29 oktober 1875;

13) nådig kungörelse angående villkor för likbränning.

I det följande vilja vi referera endast de förslag, som innebära en mera principiell förändring i hittills gällande bestämmelser.

Beträffande lagen om rättslig liksyn heter det i förslaget på följande sätt: finnes någon ligga död utan veterligen föregången sjukdom eller har någon eljest aflidit under omständigheter, som gifva anledning till misstanke, att han omkommit genom eget eller annans förvållande, skall i stad stadsfiskal och på landet närmaste kronolänsman vid därom erhållen kunskap i närvaro af tvänne trovärdiga personer ofördröjligen på stället hålla liksyn; innan sådan syn skett, må liket och detsamma omgifvande föremål icke onödigtvis rubbas; ej heller må liket afklädas eller ansas. Vidare föreslås, att syneför-

rättaren må vara skyldig att till synen kalla vederbörande tjänsteläkare eller, om denne är förhindrad eller aflägset boende, annan närboende legitimerad läkare, som är skyldig eller finnes villig att mottaga uppdraget, därvid läkarens uteblifvande dock icke får hindra synens företagande.

Öfriga bestämmelser, som föreslås i fråga om liksyn, röra hufvudsakligen en del detaljer beträffande densamma.

Ur förslaget till nådig stadga angående hvad vid rättsmedicinsk obduktion bör iakttagas, torde följande särskildt vara af intresse att meddela. Rättsmedicinsk obduktion skall förrättas af 1:ste prov.-läkaren. För hvartdera af Stockholms och Malmöhus' län förordnar Medicinalstyrelsen särskild läkare att jämte 1:ste prov.-läkaren och enligt den fördelning af tjänstgöringsskyldigheten dem emellan som Konungens befallningshafvande bestämmer, tjänstgöra som obduktionsförrättare. Konungens befallningshafvande vare dock obetaget, att för vissa fall, då särskilda omständigheter därtill föranleda, till obduktionsförrättare förordna annan legitimerad läkare, som är skyldig eller finnes villig att verkställa förrättningen, och skall i nu nämnda fall, om flere läkare äro att tillgå, till obduktionsförrättare utses den, som befinnes vara för uppdraget mest skicklig och lämplig.

Obduktionsförrättaren åligger det att till biträde vid obduktionen kalla vederbörande tjänsteläkare, och är denne af laga förfall hindrad eller förordnad till obduktionsförrättare, skall, där sådant utan menlig tidsutdräkt kan ske, till biträde kallas annan närboende legitimerad läkare, som är skyldig eller finnes villig emottaga uppdraget. I städerna Stockholm, Göteborg och Malmö förrättas rättsmedicinsk obduktion af vederbörande stadsläkare, som det åligger att till biträde kalla annan legitimerad läkare. Biträdande läkarens uteblifvande får likväl icke hindra förrättningens företagande.

Beträffande kommitténs förslag till »Medicinalstyrelsens kungörelse angående de särskilda bestämmelser, som vid rättsmedicinsk obduktion böra iakttagas», så vilja vi här endast redogöra för de afsevärda förändringar, som föreslås beträffande hvad som för rättskemiska undersökningar skall tillvaratagas. Därom heter det i förslaget: för rättskemiska undersökningar tillvaratagas magsäcken med innehåll, tunntarmen och tjocktarmen med innehåll, lefvern med gallblåsan, njurarne, urin samt, vid fråga om narkotiskt gift, hjärnan och blod från hjärtat och de större kärlen. Hvad tillvaratagandet beträffar föreslås: urin och blod tillvaratagas uti rena glasflaskor i passande storlek, hvilka väl tillslutas; öfriga likdelar inläggas i rena glasburkar samt fördelas på det sätt, att i en burk inlägges magsäcken med innehåll; i en annan tarmkanalen med

innehåll; i en tredje lefvern och njurarne samt eventuellt i en fjärde hjärnan.

Af de ändringar, som föreslås i instruktionen för läkare den 31 december 1890, torde följande äga särskildt intresse. Beträffande prov.-läkare äfvensom e. prov.-läkare föreslås, att han må vara pliktig att på behörig kallelse närvara vid rättslig liksyn och biträda vid rättsmedicinsk obduktion. Stadsläkaren åligger att inom staden och dess område på behörig kallelse närvara vid rättslig liksyn och biträda vid rättsmedicinsk obduktion samt att verkställa sådan obduktion, då han därtill förordnas. Till § 59, hvilken som bekant innehåller bestämmelser gällande för hvarje läkare, »antingen han är i tjänst anställd eller enskildt meddelar läkarevård», föreslås följande tillägg: dessutom åligger det, i likhet med prov.-läkare, e. prov.-läkare och vederbörande stadsläkare, hvarje annan legitimerad läkare, beträffande sjuk, som af honom vårdas, att mot ersättning enligt den för vissa civila tjänsteläkare gällande taxa, afgifva intyg om sjukdomens beskaffenhet, då anhållan därom göres af Konungens befallningshafvande, domstol, polismyndighet och, i mål angående för misshandel häktad person, af vederbörande åklagare.

Beträffande de öfriga förslagen vilja vi i korthet referera de ofvan under resp. 6 och 13 omnämnda förslagen. I fråga om det förra föreslås följande lag: mål, hvari förordnats om rättsmedicinsk obduktion å död människas kropp, må icke af domstolen företagas till afgörande, innan det i obduktionen förda protokoll jämte obduktionsförrättarens i frågan afgifna utlåtande af medicinalstyrelsen granskats och styrelsens yttrande i anledning däraf kommit domstolen tillhanda.

Det andra förslaget afser villkoren för likbränning, och innebär förslaget dels en reglering af hittillsvarande förhållanden, dels en lindring i hittills gällande ganska stränga bestämmelser. Kommittén föreslår: när bränning af lik tillämnas, skall ansökan därom göras hos Konungens befallningshafvande i den ort, där dödsfallet timat, och skall vid denna ansökan fogas dels bevis att den aflidne i lifstiden förordnat om bränningen eller därom uttalat bestämd önskan, dels protokoll öfver å liket hållen rättslig liksyn, dels af behörig myndighet afgifvet förklarande, att rättsmedicinsk obduktion å liket icke ansetts nödig eller, i fall om sådan obduktion förordnats, det därvid förda protokoll jämte obduktionsförrättarens på detsamma grundade utlåtande.

Kommitténs förslag är åtföljdt af en längre motivering, på hvilken vi naturligtvis icke hafva anledning att här ingå.

Om antidifteriserum.

För att framställa sterilt antidifteriserum tillsätter man antiseptika eller låter serum passera steriliserade bakteriefiltra. I Tyskland användes 0,5 procent karbolsyra som konserveringsmedel. Vid Institut Pasteur tillsätter man efter fraktionerad sterilisation litet kamfer. Vid Statens Seruminstitut i Köpenhamn begagnas bakteriefiltra.

Under de 14 år jag sysselsatt mig med beredande af antidifteriserum, har jag filtrerat genom Berkefelts-filtra och hittills icke haft anledning frångå denna metod. Af närmare 180,000 flaskor serum, som jag under dessa år utsläppt, har visserligen en eller annan återkommit på grund af bakterieinfektion, men detta måste naturligtvis då och då förekomma, om man betänker svårigheterna att undvika luftinfektion under de många manipulationer, för hvilka serum utsatts, innan det från blodkärlet hos hästen kommer in i den plomberade flaskan. Antalet har i alla fall varit högst obetydligt. Men under sistlidne höst har förhållandet helt oförväntadt ändrats. Flera serumtappningar hafva efter en tid visat sig vara genomgående infekterade, så att hela numret måst indragas eller kasseras.

Anledningen härtill har visat sig vara felaktigheter i filtra. Fabrikanten af de från Tyskland intagna filtra har vid förnyad leverans lämnat ungefär samma vara. Härigenom har tillverkningen af ett genom filtrering sterilt serum visat sig i hög grad osäker.

Efter samråd med Statens kontrollant för serumtillverkningen, Professor C. Sundberg, har jag därför beslutat mig för att, sedan det filtrerats, till serum sätta en *half procent karbolsyra*, hvilket ju efter den stora erfarenhet, som vunnits med tyskt serum, visat sig icke vara till något som helst men för patienten. Antidifteriserum kommer dessutom att för framtiden utlämnas i tillsmälta flaskor. Innan införskrifvet glas af samma slag som det, som användes för förvarande af tyskt serum, hunnit anlända, tillverkas flaskorna af hvitt glas. De öppnas genom halsens afbrytande och för att underlätta detta är inristad en skåra i glaset.

Jag begagnar här tillfället att upplysa mina ärade kolleger om en villfarelse, i hvilken mången af dem tyckes sväfva. Mycket ofta sändes antidifteriserum af icke indragna nummer tillbaka till fabrikanten under förklaring, att vederbörande anser det för gammalt och apotekaren begär nytt af en »färsk» tappning.

Förhållandet är i själfva verket, att dygden hos serum är just, att det är gammalt. Man har funnit, att hos ungt

serum sjunker immuniseringsvärdet och detta stundom oförväntadt fort. Hos gammalt serum däremot förblir det konstant. Detta har också gifvit anledning till, att efterkontroll ej vidare påfordras vid den tyska rikskontrollanstalten efter två år, enär man efter denna tid aldrig observerat, att ett serum väsentligt försvagats.

Ett annat skäl, hvarför man ej bör använda alltför färskt serum, är att enligt mångas åsikt detta i högre grad än äldre framkallar de obehagliga biverkningarna, som framträda efter seruminsprutning. Detta framhålles särskildt från Institut Pasteur och senast har Besredka genom undersökningar publicerade i oktober 1907 visat, att toxiciteten, ehuru den är mycket växlande hos olika sera, utan att man känner anledningen härtill, alltid visar sig vara störst samma dag som blodet tappats; att sera småningom förlora sin toxicitet och att detta sker snabbt i början, men går långsammare efter 10:de dagen. — Den försvinner dock aldrig fullständigt, utan fanns t. ex. ännu, ehuru betydligt försvagad, hos ett serum som Roux bevarat i 13 år.

Jag vill slutligen påpeka, att ett serum, som tillsatts med karbolsyra, blir blackt och ofta ger en liten obetydlig fällning. Det får dock aldrig vara grumligt eller innehålla flockor eller betydligare bottensats.

Till sist anhåller jag, att vid tillfällen, då skäl förefinnes till anmärkning mot af mig utlämnadt antidifteriserum, dessa anmärkningar göras direkt hos statens kontrollant, professor Sundberg, då de ju alltid blifva både opartiskt och sakkunnigt bedömda.

Stockholm den 10 november 1907.

Edv. Selander.

Protokoll, hållet vid Norrbottens läkarförenings sammanträde den 14 september 1907.

Närvarande: Herrar C. G. Andersson, A. P. Björkman, F. Block, F. Bergström, F. Grafström, H. Hackzell, G. Hjortsberg, S. Kjellman, Hj. Lundgren, A. Planck, A. Skantz och undertecknad, hvarjämte bataljonsläkaren A. Blomberg öfvervar sammanträdet.

§ 1. Ordföranden öppnade sammanträdet samt framförde till föreningen sitt tack för det förtroende, som densamma

visat honom, genom att välja honom till ordförande, samt hälsade deltagarne välkomna.

§ 2. På förslag af herr Brännström invaldes tandläkaren Erik Schultz och på förslag af herr Hackzell apotekaren Rudolf Clemens Kjellgren i föreningen, hvarvid den förre omedelbart infann sig vid sammanträdet.

§ 3. Sedan ordföranden uppläst cirkulärskrifvelse från Styrelsen för Allmänna svenska läkarföreningen angående herr C. Sundells förslag angående kollektiv-ackorden, beslöt föreningen efter någon diskussion, hvarunder herr Skantze anförde, att vid malmfälten i Kiruna bolaget vore betänkt på att förändra den hittills brukliga fria läkarevården därhän, att arbetarne själfva skulle betala en del af läkarevården t. ex. hälften af lägsta arvodet i taxan, under det bolaget själf skulle ifylla resten, så att läkaren finge full ersättning, att uttala sig för att inga kollektivackord vidare skulle ingås, utan bör läkarens ersättning utgå för hvarje besök och förrättning enligt taxa och gällande praxis, men kunde enligt öfverenskommelse med den betalningsskyldige arvodena uppföras å räkning, hvilken betalades enligt aftal.

§ 4. Ordföranden refererade en sammanställning af från tjänsteläkarne i länet inkomna yttranden angående förslag till ändring af taxan för civila läkare. Efter en liflig diskussion, hvarunder af herr Brännström med instämmande af herr Planck framhölls att graderad taxa äfven borde införas för sjukbesök på afstånd ej öfverstigande två kilometer från läkarens bostad och för besiktning å lefvande person med däröfver utfärdad attest, så att i stället för nuvarande arvodet af 3 kronor skulle bestämmas ett arvode af 3—5 kronor, och sedan de flesta närvarande läkarne uttalat sig för att de föreslagna förbättringarne voro berättigade och de minsta möjliga, beslöt föreningen uttala sig för Medicinalstyrelsens förslag med tillägg att paragraf 2 mom. 2 blefve ändrad i öfverensstämmelse med förste provinsialläkarens Blocks utlåtande: (Det — — — sjukbesök i enskildt hem läkaren — — — den sjuke, om denne bor på afstånd öfverstigande 5 km. från läkarens bostad och därjämte den betalningsskyldige tillhör den grupp, som enligt § I mom. 2 skall erlägga lägsta arvodet).

§ 5. Föredrogs en skrifvelse från herr Planck af följande lydelse: »Till Norrbottens läkarförening. Enär Gellivare Fattigvårdsstyrelse efter omröstning med knapp majoritet fattat det beslut att med blott halfva provinsialläkaretaxans pris betala doktor Godenii och mina till fullo debiterade intyg, så ber jag härmed att till Norrbottens läkareförenings afgörande få hänskjuta följande spörsmål: »Äro intyg att hänföra till

enskild sjukvård och sålunda underkastade bestämmelserna i provinsialläkaretaxans § II om 50 % rabatt åt kommunens fattiga?» Sedan Herr Planck i följande föredrag motiverat sin ståndpunkt: »Taxans ordalydelse såväl i hufvudrubriken: »Taxa för arfvode åt vissa — — — läkare *för enskild sjukvård* och *för intyg* meddelade på enskild begäran» etc. som i § I: — — — — »äger att *för enskild sjukvård* — — — äfvensom *för intyg»* etc. — — — visar tydligen, att sjukvården och intygen utgör två skilda åtgöranden från läkarens sida, hvilka därför också böra taxeras olika. Vore meningen den, att läkaren skulle skrifva intyg för kommunernas fattiga för endast halfva arfvodet, så borde väl § II haft samma lydelse som i hufvudrubriken och i § I: »utgår arfvodet *för all sådan läkarevård* och *för intyg* med endast hälften af här ofvan ofvan stadgade belopp», i stället för som nu! — — — »utgår arfvodet *för all sådan läkarevård* med endast hälften» etc. Ett utsträckande af det orättfärdiga rabattsystemet äfven till intygen har sålunda intet formellt stöd i taxan.

Om man som försvar för rabatten möjligen kan anföra, att den torde kunna tillförsäkra de medellösa större möjlighet att få vård för sina lidanden, så kan den synpunkten ej försvara rabatten på intygen. Ty intygen behöfvas företrädesvis för att söka sauvera de utgifter, som fattigvårdsstyrelsen haft för sådana medellösa, hvilkas hemvist är föremål för tvist med andra kommuner. Och att vi läkare äfven vid kommunernas ömsesidiga processer skola få sitta emellan och betala dubbel fattigvård, synes mig minst sagdt obefogadt. Men en sådan tolkning, som den Gellivare fattigvårdsstyrelse gifvit åt taxan, har icke heller, såvidt jag kunnat utröna, hittills varit bruklig. Hvarken de kolleger, med hvilka jag meddelat mig i denna fråga, eller jag ha förut vägrats ersättning till fullo för afgifna intyg på fattigvårdsstyrelsens begäran», så beslöt föreningen att göra följande uttalande: »Att intyg ej äro att hänföra till sådan läkarevård, som i § II mom. I omnämnes».

§ 6. Ordföranden refererade hufvuddragen i »betänkande och förslag af den af Kungl. Maj:t den 20 oktober 1905 tillsatta kommittén för verkställande af utredning angående åtgärder för människotuberkulosens bekämpande». Efter diskussion, hvarvid herr Planck påvisade genom en karta, där folkmängdsförhållandena inom länet och de lämpligaste platserna för tuberkulossjukstugor voro utsatta, att kommitterades förslag nästan uteslutande tillgodosedde kustsocknarnes behof under det att uppsocknarnes intressen helt och hållet voro förbisedda, så beslöt föreningen, att med anslutning till kommitténs betänkande på förslag af ordföranden uttala sig för,

att såväl tuberkulossjukhus som tuberkulossjukstugor behöfvas inom länet, att landstinget bör åtaga sig ordnandet af denna sak och därvid först rikta sin verksamhet på anordnandet af ett tuberkulossjukhus för minst 60 patienter samt dessutom att de platser, som af kommittén föreslagits ej voro de för länet lämpligaste, utan borde några af dessa platser utbytas mot andra, som för omnämnda ändamål måste anses lämpligare.

§ 7. Herr Brännström föredrog några statistiska sammanställningar, som upprättats på grund af inkomna tuberkulosformulär från en del af länets läkare för tiden $^{1}/_{2}$ 1905—$^{31}/_{10}$ 1906, men som uppgifter saknades från flera distrikt och från en del voro mycket ofullständiga, kunde någon fullständig statistik för länet ej upprättas. Föredragshållaren framhöll att förhållandena i kustsocknarna sannolikt vore lika med förhållandena i Neder Luleå, hvarifrån lämnats tämligen fullständiga uppgifter och där lungsotssjukligheten gick upp till 11,7 pro mille, samt att uppsocknarna förhölle sig lika med Gellivare, Jockmocks, Kiruna, Edefors och Öfver-Torneå distrikt, hvarifrån lämnats uppgifter för hela den omnämnda tiden och där lungsotssjuklighet visade en frekvens af omkring 5 pro mille. På grund af dessa uppgifter uppdrog föreningen åt föredragshållaren att fortsätta med att försöka åstadkomma en statistik för länet och att han därför skulle försöka erhålla uppgifter från de läkare, som ej lämnat sådana för den här ofvan nämnda tiden.

§ 8. Uppläste ordföranden cirkulärskrifvelse från Styrelsen för Allmänna svenska läkarföreningen innehållande den i Malmö den 27 augusti 1905 tillsatta kommittéens för utredning af läkarnes blifvande ställning till sjukkassor afgifna betänkande samt fullmäktiges vid sammanträde i Stockholm den 9 maj 1907 beslut, att intet ackord måtte ingås med sjukkassa.

§ 9. Ordföranden föredrog en resumé af sitt af Medicinalstyrelsen infordrade utlåtande öfver s. k. dropphandeln i Norrbottens län, som föranledde till någon diskussion, men ej till något yrkande eller uttalande från föreningens sida.

§ 10. Föredrogs cirkulärskrifvelse från styrelsen för Allmänna svenska läkarföreningen angående fastställdt formulär till läkareintyg rörande sjukkassa tillhörig persons behof af vistelse vid kurort. Formulärblanketter hade genom sekreteraren tillsändts alla medlemmarna.

§ 11. Ordföranden föreslog att tilldela sekreteraren och kassamannen ett årligt arvode af kronor 50, hvilket äfven enhälligt antogs af föreningen.

§ 12. Hälsning framfördes af herr Brännström till föreningen från doktor Staaf i Öfver Kalix.

§ 13. Herr Kjellman omtalade ett fall af akut förgiftning med alarmerande symptom efter förtärandet af ett kvarter denaturerad sprit. Intogs på lasarettet, magsköljning och gick till hälsa.

§ 14. Beslöt föreningen enhälligt, på förslag af ordföranden, att uttala sin stora tacksamhet till kommunalläkaren doktor Georg Alander, adr. Turtola, Finland, hvilken på ett synnerligen kollegialt och uppoffrande sätt vårdat vår kamrat doktor A. N. Sahlstrand under hans svåra sjukdom. Äfven beslöt föreningen uttala sin lifliga önskan att få se doktor Alander som gäst vid något kommande sammanträde; och uppdrogs åt sekreteraren att tillställa doktor Alander protokollsutdrag.

§ 15. Att justera protokollet uppdrogs åt ordföranden och sekreteraren.

Ut supra.

In fidem:
P. E. Brännström.

Justeradt:
F. Block. *P. E. Brännström.*

Bokanmälan.

Den svenska farmaciens historia af apotekaren *Karl Ahlberg,* lärare vid farmaceutiska institutet, är namnet på ett häftesvis utkommande arbete, hvaraf de två första häftena tillställts redaktionen. I syfte att lämna en ingående redogörelse för apoteksväsendets utveckling inom vårt land från äldre tider till våra dagar har författaren under flera år varit ifrigt sysselsatt med att samla material till den historiska öfversikt, hvars utgifvande från trycket nu begynt. Arbetet beräknas komma att omfatta 12 häften (omkring 800 sidor) à kr. 1,25 pr häfte.

För att gifva en föreställning om de frågor, som afhandlas af författaren, meddelas här en innehållsförteckning.

Inledning.
I. *De äldsta apotekarna och de först anlagda apoteken till år 1800.*
II. *Apoteksprivilegiernas uppkomst och betydelse samt åtgärder för att underlätta apotekens anläggande i äldre tider.*
III. *Striden om handeln med läkemedel.*
1. Olika uppfattningar om hvad som bör förstås med läkemedel.
2. Läkare, veterinärer, tandläkare och fältskärer idka handel med läkemedel.

3. Apotekare utöfva läkarepraktik.
4. Illojal konkurrens apotekarne emellan.
5. Hemliga läkemedel.
6. Åtgärder från Apotekaresocietetens sida för bekämpande af den olagliga handeln med läkemedel.

IV. *Medicinalordningar och apotekarreglementen samt frågan om apotekarekårens representerande inom Medicinalstyrelsen.*

V. *Kontrollen öfver läkemedlens beskaffenhet samt öfver handeln med läkemedel.*

1. Visitationsväsendets utveckling.
2. Medicinaltaxor.

VI. *Afskaffandet af de säljbara apoteksprivilegierna.*

VII. *De svenska apoteksinrättningarna klassificierade efter deras natur.*

1. Stamapotek med säljbara privilegier.
2. Filialapotek.
3. Sockenapotek.
4. Medikamentsförråd. (Medikamentslådor.)

VIII. *Upprättandet af nya apotek och kompetens för deras innehafvande.*

IX. *Apotekaresocietetens uppkomst och utveckling.*

X. *Föreningar och klubbar.*

1. Farmaceutiska föreningen.
2. Apotekareföreningar.
3. Farmaceutklubbar och förbund.

XI. *Apotekarekårens lifränte- och pensionskassa samt frågan om apoteksinnehafvares obligatoriska pensionering. Understöds-, sjuk- och sparkassor.*

XII. *Farmaciens utveckling i fackvetenskapligt hänseende.*

XIII. *Farmakopéer.*

XIV. *Apotekarekårens rekrytering, elevernas förkunskaper, undervisning m. m.*

XV. *Farmacie studiosi, deras antagande och examina m. m.*

XVI. *Apotekarexamen, undervisningen för denna samt Farmaceutiska institutets uppkomst och utveckling.*

XVII. *Insamling och odling af medicinalväxter samt kultivering af blodiglar.*

XVIII. *Farmaceutisk bibliografi,* omfattande i tryck föreliggande arbeten af svenska farmaceuter (med undantag af rena referat).

Hvarjehanda notiser.

Svenska Läkaresällskapets medicinsk-historiska sektion sammanträdde den 9 november. Till ordförande för arbetsåret 1907—1908 valdes medicinalrådet R. Wawrinsky; till sekreterare för samma tid d:r V. Djurberg. Af d:r E. Alin hölls föredrag om »Den första barnmorskeläroboken i Europa af Eucharius Rösslin». D:r I. Hedenius föredrog ett manuskript af prof. Carl M. Fürst i Lund om en »Anatomisk dissektion förrättad af Johan Jacob Döbelius 1699 i Malmö.»

Säfsjö Sanatorium. Kungl. Maj:t har medgifvit sanatoriets öfverläkare rätt till tjänsteårsberäkning lika med civila läkare i statens tjänst.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes; [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Extra prov.-läk.-tj:n i Enångers distr.[2]) (för tiden t. $^1/_{10}$ 1908; distr. omfattar Enångers o. Njutångers socknar + större delen af Nianfors kap.-församling af Gäfleborgs län med 3,268 invånare den 1 jan. 06; löneförmåner: 2,625 kr. + fri bostad)	18 nov.
Extra prov.-läk.-tj:n i Malå distr.[2]) (*ånyo* ledigförklarad för tiden t. o. m. 1911; distr. omfattar Malå socken af Västerbottens län med 2,680 invånare 1 jan. 05; löneförmånar 3,000 kr. jämte 300 kr. i hyresersättning)	18 nov.
Reg:tsläk.-tj:n v. Boden-Karlsborgs art.-r:e[1])	18 nov.
Läk.-befattn:n v. Centralfängelset å Härlanda vid Göteborg (sökes hos fångvårdsstyr:n)	20 nov.
En underläk.-tj. v. Vänersborgs hosp. och asyl[3]) (kvinnoafd:n)	22 nov.
En marinläk.-stip.-befattn. (sökes hos marinöfverläkaren)	23 nov.
Extra prov.-läk.-tj:n i Ljugarns distr.[2]) (*nyinrättad;* distr. omfattar Garde, Laus, Alskogs, Ardre, Ala, Gammelgarns och Kräcklingbo socknar af Gottlands län med läk.-station i Ljugarn; lön: 2,425 kr.)	23 nov.
Prov.-läk.-tj:n i Skogs distr.[1])	25 nov.
1:e underläk.-befattn:n v. lasarettet i Gäfle[3]) (ledigförklarad på grund af ny treårsperiod)	27 nov.
En civil läk.-stip.-befattn.[2])	2 dec.
Stadsläk.-tj:n i Säter (tillträdes 1 jan., lön: 800 kr.; sökes hos magistraten)	5 dec.
Prov.-läk.-tj:n i Sundsvalls distr.[1])	7 dec.
Förs:e stadsläk.-tj:n i Halmstad (lön: 4,000 kr. jämte två ålderstillägg à 500 kr.; sökes hos magistraten)	7 dec.
Stadsläk.-tj:n i Vaxholm (sökes hos magistraten)	7 dec.
Amanuensbefattn. v. Lunds hosp.[3]) löneförmåner: 2,000 kr. jämte bostad och kost)	9 dec.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Jämshög[1]) (pensionsafgift 250 kr.)	7 dec.
Apoteket i Storvik[1]) (pensionsafgift 800 kr.)	7 dec.

Af Med.-styr.:n utnämnda och förordnade:

Till underläk. v. Uppsala asyl (tre år fr. 1 dec.): lic. *Ulrika Eriksson*.
Till extra prov.-läk. i Tjörns distr. (t. o. m. 1911): ex. prov.-läk. i Fjällbacka distr. *A. E. Lindfelt*.

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Underläk. v. Kristinehamns hosp. *Alfhild Tamm* (31 dec.).

Legitimerade:

Lic:rna *Karl Oscar Olander* och *Gunhild Söderbaum* (Karol. inst.).

Sökande:

Till *två bat.-läk.-tj:r v. Norrlands trängkår:* ingen sökande.
Till *två bat.-läk.-tj:r v. Östgöta trängkår:* d:o.
Till *en bat.-läk.-tj. v. Västmanlands trängkår:* d:o.
Till *en bat.-läk.-tj. v. Göta trängkår:* d:o.
Till *en bat.-läk.-tj. v. Norrbottens reg:te:* d:o.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Civ.-stip. *F. Jakobsson* t. f. prov.-läk. i Slite distr. 18 nov.—17 dec. (s).
Kand. *P. V. Sahlin* t. f. grufläk. (Domnarfvet) 8—22 nov. (t).
Las.-läk. *J. Langenheim* t. f. prov.-läk. i Hörby distr. 16 nov.—15 dec. (t).
Lic. *G. Wirde* t. f. las.-underläk. i Jönköping fr. 11 nov. (v).
Kand. *N. Netzel* t. f. läk. v. Strömholms hingstdepå 8 nov.—7 jan. (t).
Lic. *S. Holmblad* t. f. prov.-läk. i Sundsvalls distr. 16—30 nov. (t).

Öfversikt af sammandragen af epidemirapporter

för halfva månaden 16—31 okt. 1907.

	Städer.					Landsbygd.				
	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa
Stockholm	1	40	38	—	79	—	—	—	—	—
Stockholms län	—	10	—	—	10	2	7	8	1	18
Uppsala	—	1	4	—	5	—	3	6	—	9
Södermanlands	—	3	20	—	23	2	—	7	—	9
Östergötlands	—	3	6	—	9	3	3	13	—	19
Jönköpings	—	2	28	—	30	—	—	39	—	39
Kronobergs	—	—	1	—	1	—	14	18	—	32
Kalmar	—	—	4	—	4	4	1	16	—	21
Gotlands	—	—	—	—	—	—	10	—	—	10
Blekinge	—	—	7	—	7	1	10	5	—	16
Kristianstads	1	—	19	—	20	2	4	19	—	25
Malmöhus	31	9	30	—	70	9	2	83	—	94
Hallands	—	—	2	—	2	3	2	12	—	17
Göteborg	—	37	19	—	56	—	—	—	—	—
Göteborgs o. Bohus	—	—	2	—	2	4	8	30	—	42
Älfsborgs	1	2	1	—	4	2	—	18	—	20
Skaraborgs	—	1	4	—	5	—	1	—	—	1
Värmlands	—	—	—	—	—	—	4	6	—	10
Örebro	11	2	—	—	13	—	5	1	—	6
Västmanlands	—	4	—	—	4	2	4	19	—	25
Kopparbergs	—	—	—	—	—	1	4	—	—	5
Gäfleborgs	1	3	4	—	8	3	9	6	9	27
Västernorrlands	—	2	1	—	3	3	10	11	—	24
Jämtlands	—	3	1	—	4	—	—	1	—	1
Västerbottens	—	—	—	—	—	1	—	2	—	3
Norrbottens	—	—	1	—	1	—	3	—	—	3
Summa	46	122	192	—	360	42	104	320	10	476

Summa sjukdomsfall i hela riket: **nervfeber 88, skarlakansfeber 226, difteri 512, rödsot 10. —** ***Akut barnförlamning*** **55 fall.**

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 22 november 1907.

4:e årg. | Redaktion: Knut Kjellberg och Hjalmar Forssner. | N:o 47.

Innehåll: Jakob Billström: Från den internationella kursen i kriminalpsykologi och kriminalpsykiatri i Giessen. — Georg Schuldheis: Medicinalstyrelsens senaste beslut i fråga om familjevård för sinnessjuka. — Till Herrar Förste Provinsialläkare samt Herrar Stadsläkare. — Psykiatriska föreningens årsmöte. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser.

Från den internationella kursen i kriminalpsykologi och kriminalpsykiatri i Giessen.

Af

Jakob Billström.

Vid denna nyligen afhållna kurs förekom ovanligt många väckande och lärorika saker. För en del af dessa har jag redogjort i ett par bref till Svenska Dagbladet, men somliga frågor hafva sitt mesta intresse endast för fackmännen och några af dessa skulle jag därför vilja redogöra litet närmare för.

Först och främst rörande de psykofysiska undersökningsapparaterna, idéerna för desamma äro troligen kända för alla, men betydelsen af dem tyckes härhemma vara långt från erkänd. För utrönandet af imbecillitet med rel. hög intelligensutveckling, alkoholintolerans hos psykopathiska individer och sist men icke minst för studerandet af folkkaraktärens och nationallynnets egendomligheter har undersökandet af reaktionstider och associationsarter den allra största betydelse. För att kunna få ett enhetligt och jämförbart undersökningsmaterial har vid den psykiatriska kliniken i Giessen uppgjorts tryckta blanketter med rum att fylla i, där olika former af enkel reaktion upptagits till systematisk behandling, t. ex. för tre olika nyanser af hvar och en af de sju s. k. grundfärgerna, för olika klasser af ord etc. Till pröfning af associationerna

var en särskild lista med bortåt 200 ord uppgjord, hvarpå upptecknades såväl det först associerade begreppet som tiden hvilken åtgått därtill. Prof. Aschaffenburg demonstrerade den lista han uppgjort och hvilken användes i Köln; den var mångsidigare och upptog ej efter hvarandra flera samhörande ord, t. ex. ljus, mörk, ty då blir den första associationen på det senare ordet (i detta fall mörk) nästan alltid det föregående (ljus). Tiden mätes medels ett elektriskt ur, som kontrolleras efter hvar sjätte afläsning medels en sekundpendel på ett lika enkelt som sinnrikt sätt. I ändan på pendeln är fästad en magnet, som för hvarje gång pendeln svänger öfver 0-punkten lyfter en liten häfstång af stål, som står i förbindelse med den elektriska strömmen till klockan. Vanligen visar uret rätt äfven efter ganska många försök, men endast genom kontroll kan man få full visshet, och det behöfs, då det ju gäller tusendelar af en sekund. Egendomligt är att se, hurusom t. o. m. efter en så lång tid som 10 år de olika reaktionstiderna äro lika för samma individ och sålunda karakterisera honom, såsom framgick af en del protokoll, hvilka tagits 1896 och förnyats förra året.

Särskildt viktigt är det att klassificera associationerna. Prof. Aschaffenburg har uppgjort följande schema och vi skola nu se det belyst med hans eget exempel »Löwe» och de olika associationer han vid skilda tillfällen fått därpå.

I. 1. Co- och subordinerade begrepp: Raubtier.
2. Prædikativa begrepp: brüllt, gelb.
3. Kausalförhållande: Tod.

II. 1. Rums- eller tidskoëxistens: Jagd, Zoologischer Garten.
2. Identitet: Leo.
3. Språkreminiscens: Wüstenkönig.

III. 1. Ordutfyllning: Löwenzahn.
2. Klangassociationer } Möwe.
3. Rim }

IV. Medelbara associationer: Königgrätz (Löwe—Wüstenkönig—Königgrätz).

Genom denna klassificering underlättas undersökningen betydligt. Det är verkligen egendomligt att se huru ofta och huru mycket af ens associationer, som utgöras af rena språkreminiscenser; de äro alltid de vanligaste, och ju mer bildad och studerad en människa är, dess flera vaneassociationer gör hon, under det att den *obildade* endast gör begreppsassociationer. Det största intresset vidlåder kanske dock de medelbara associationerna, där mellanleden ha associerats under medvetandet och man får slutet af kedjan stundom så långt ifrån det första begreppet, men endast med svårighet och sannolikhet kan

tänka sig förloppet. Ett rätt egendomligt sådant visades. Associationen var Pest—Vogel och hade gått följande väg Pest—Pech—Pechvogel—Vogel. Dylika medelbara ass. äro ej sällsynta, man får dock af deras förekomst ej sluta till hysteri eller sinnessjukdom, ty de förekomma äfven hos normala. Genom liknande undersökningar har man kommit idéflyktens väsen på spåren. Där är intet påskyndande af ass., tvärtom, de gå långsammare och blifva värdelösare; det karaktäristiska är bortfall af hämningarna. Fysiologiskt förekommer idéflykt vid stor kroppslig trötthet, hvilket nog litet hvar funnit. Bevis härför kan man äfven finna hoptals i de »poem», som finnas i massor vid utsiktstorn och dylika platser, dit folk anlända mer eller mindre trötta. Utom vid en del sinnessjukdomar förekommer idéflykten patologiskt äfven vid förtärandet af alkohol; en sak som hvem som helst synnerligen väl kan iakttaga, om han en gång sitter utan att själf dricka tillsammans med andra, som göra det. Det är intressantare, än mången tror.

Direkta forensiska värdet af en associationsundersökning är tyvärr mindre än man kunde vänta sig. Vid första påseendet förefaller det ju som skulle t. f. af föreställningarnas konstellation en förbrytare ovillkorligen afslöjas genom en dylik undersökning; t. ex. genom följande associationer matta — björnskinn, lås — bryta upp. Det behöfs bara *dessa* två jämte en hel serie hvardagliga associationer för att man skall synas berättigad till den slutsatsen: han har brutit sig in och stulit ett björnskinn, som låg såsom matta. I andra fall är tiden för associationen så lång, när det gäller ett kritiskt ord, att man därutaf kan misstänka, att han ej sagt den första ass. utan en senare. En egendomlighet, som Stern i Breslau har påvisat är att kvinnor i allmänhet lättare dölja något, de säga mindre ofta det fällande ordet, och om de taga ett annat är ass.-tiden ej så lång som för män. Han anser att orsaken härtill skulle vara det större tryck, under hvilket kvinnan i allmänhet lefver. Den *forensiska* betydelsen af ass.-försök torde emellertid *för närvarande* kunna sägas vara lika med noll, ty genom undersökningar af professor Aschaffenburg o. a. är det visadt, att associationerna förlöpa alldeles på samma sätt hos oskyldigt misstänkta individer. Resultatet af en dylik undersökning blir sålunda med våra nuvarande hjälpmedel detsamma, individen må vara misstänkt med rätta eller med orätt.

En särskild uppmärksamhet förtjänar prof. Sommers apparat för undersökning af patellarreflexerna. Benet får hänga i en slynga och fotens rörelser i de tre grundplanen uppteckna, i jämlöpande kurvor såsom vid hans bekanta »Zitterapparat».

Med en hammare af en *viss* längd och tyngd, hvilka båda kunna efter en skala ökas eller minskas, framkallas retningen, hvars mekaniska värde sålunda är direkt uppmätbart. Om vi fästa oss vid rörelsen i sagittalplanet, så får man först ett bra nog stort utslag och sedan ett mycket litet. Detta beror på hämningen från hjärnan, ty eljes skulle som vid en pendel rörelserna fortfara en tid med småningom aftagande amplitud. Här har man sålunda ett godt sätt att registrera hämningsförmågan. Hos en hysteriker får man först det stora utslaget och det lilla, men sedan börjar en serie svängningar, hvilkas amplitud till en början ökas, men sedan åter pendelliknande aftaga. Efter alkohol närmar sig rörelsen den hos en pendel, d. v. s. det uppstår flera svängningar med ständigt aftagande amplitud. Detta betyder en minskning af hjärnans hämmande förmåga och den är registrerbar redan efter intagandet af 5 gm alkohol.

Angående hypnotismen, hvilken rätt utförligt behandlades äfven medels experiment, hade prof. Aschaffenburg en från den Charcotska uppfattningen betydligt afvikande mening. För det första hade han genom en massa undersökningar öfvertygat sig om att ej bara hysteriska låta hypnotisera sig utan hvem som helst under två förutsättningar, nämligen dels att personen *vill* låta hypnotisera sig och dels att han kan *koncentrera* sina tankar. Detta gör att någon risk för att under en järnvägsresa eller dyl. en främmande person skall kunna hypnotisera en annan i brottsligt syfte ej alls förefinns. Dessutom kan man ej suggerera en människa till några handlingar, som strida mot hennes karaktär, eller till något, som man ej genom upprepade öfvertalningar i vaket tillstånd kunde få henne till. Detta bevisas genom flera undersökningar, som prof. A. företagit i detta syfte. En var särskildt intressant. Det var en person med en brutal och hänsynslös karaktär samt nervöst påbrå, som var anklagad för ett mord, hvilket han utan tvifvel begått, fast han nekade bestämdt. Han led af en hysterisk förlamning i ena armen och kom därför under fängelsetiden under behandling af prof. A., som medels hypnos botade förlamningen. Som han var lätt att hypnotisera gjordes flera försök med honom. Under ett sådant tillsades han att öfverräcka ett glas vatten innehållande ett dödande gift (ett pulver bicarbonat upplöstes i hans åsyn i vattnet) åt en *viss* närvarande person. Utan att tveka tog han glaset och bjöd det åt denne, hvilken ej ville taga emot det. Den hypnotiserade började då själfmant öfvertala honom i de mest bevekande ordalag att tömma glaset, hvilket han också till sist gjorde. På tillsägelse undertecknade han därpå en skrifvelse, att prof.

A. skött och botat honom samt att han var mycket tacksam härför. Därpå upplästes en bekännelse öfver brottet, hvilken han skulle underteckna. »Nej, det gör jag inte.» Trots upprepade och stränga tillsägelser gjorde han det ej. Till sist sade han, »om jag gör det, så tar jag herrarna till vittnen på att det är för att professorn så vill, men jag menar ingenting med det». Detta och flera liknande exempel visa att fruktan för missbruk af suggestion i kriminell afsikt är obefogad, då ju karaktären finnes kvar och äfven till en *viss* grad medvetandet. Orsaken till amnesien är att man ju alltid suggererar pat. till en sådan. För detta talar äfven det bekanta fallet från Paris om demimondedamen, hvilken skulle suggererats af sin älskare till att biträda vid mordet på den rika gubben, som underhöll henne. Efter uttjänt straff har hon upptagit sitt gamla yrke och slår mynt af sina hemska föregåenden. Intet annat kändt fall heller ansåg prof. A. kunde, kritiskt granskadt, framdragas, som talade för att en person mot sin vilja och karaktär kunde hypnotiseras i brottsligt syfte. Detsamma *ansåg han*, som han särskildt betonade, äfven gälla våldtäkt under hypnos.

Frågan om homosexualiteten blef äfven grundligt behandlad och privat diskuterad, kanske särskildt därför att ordföranden i »Wissenschaftlich-humanitären Komitee» med dr. Magnus Hirschfeld deltog i kursen. Alla voro eniga om behofvet af straffparagrafens borttagande, ehuru dock ingalunda därigenom all utprässning torde upphöra. För att skydda de unga var man i allmänhet enig om att åldersgränsen för minderårighet borde höjas till 18 år eller mer, när det gäller sexuella förbrytelser i allmänhet. Den motivering för upphäfvande af § 175, som af nyssnämnda kommitté framställts, kritiserades däremot ganska skarpt. Särskildt ansågs det af de närvarande ingalunda nödvändigt att en homosexuell utför päderastiska handlingar, utan man kan fordra af honom likaväl som *f. n.* utf. många heterosexuella t. ex. de flesta ogifta kvinnor, afhållsamhet från könsumgänge med andra personer. En vuxen människa, som något så när kan bestämma öfver sina handlingar, kan ju ej taga någon som hälst skada af en päderastisk akt, fast det oästetiska däri ju stöter en vanlig människa, så att något ingripande från samhället därför ej är nödvändigt, annat är däremot förhållandet med barn och ungdom. Homosexualiteten är ju antisocial och därför bör naturligtvis samhället se till att ungdomens könsutveckling går i samhällsnyttig riktning och detta berättigar till höjandet af minderårighetsgränsen i detta speciella fall; äfven för andra sexuella delikter torde det ej skada. Prof. A. hade särskildt

studerat frågan om homosexualitetens medföddhet och hade kommit till den åsikten, att den ej är medfödd utan förvärfvad vid början af puberteten. Förförandet till onani af kamrater hade i ett stort antal af honom undersökta fall hos unga, som ej förut visat någon positiv sexualkaraktär, ledt till denna form af könsdrift. Den betydelse, som vid dessa tillfällen inverkande moment hafva för utvecklingen af könslifvet, belystes af flera exempel. Ett af de mest typiska var följande. En gosse lärde af en annan att onanera i skolan. Just som ejakulationen skulle börja, kom läraren bakifrån och tog gossen hårdt i örat. På kvällen, när pojken ånyo försökte onanera, gick det ej alls för honom. Han försökte förgäfves flera gånger, men så fann han på att nypa sig i örat och då gick det. När han sedermera som vuxen utöfvade coitus, gick det ej för honom, därest icke kvinnan nöp honom i örat. Genom att i början lära onani af andra gossar, utföra det i deras närvaro och *med deras hjälp*, uppkommer otvifvelaktigt ett ej ringa antal fall af homosexualitet, enl. Aschaffenburg nästan alla. Detta förefaller ju också sannolikast efter von Römers undersökningar öfver sambandet mellan degeneration och uranism, där han funnit att något sådant ej finnes. Då det ensamt i Tyskland enl. Hirschfelds undersökning år 1904 finnas 1,200,000 homosexuella och denna form af könsdrift såväl teleologiskt som socialt sedt (enl. Moll) ej kan anses normal utan rent af skadlig, lämnar ju den Aschaffenburgska teorien tillfälle till profylax. Hirschfeld m. fl. anse uranismen alltid medfödd; i D. med. klinik skiljer Kraft-Ebing mellan medfödd och förvärfvad, perversion och perversitet, men enl. hvad Dr. H. meddelade skall K.—E. på sista tiden före sin död helt öfvergått till H:s åsikter.

En annan viktig fråga, som af flera talare behandlades, var frågan om simulation. Prof. A. ansåg att det enda misstag, man härvidlag kunde göra sig skyldig till, var att ej känna igen en verklig sinnessjukdom och förklara den sjuke normal. Motsatsen ansåg han omöjligt. Dock torde man ej kunna förneka, att verkliga simulationsförsök förekomma. Grunderna för ett sådant äro antingen afsikt att minska straffet eller förhoppning att få komma till hospitalet och därifrån lättare kunna rymma. Fruktan för hospital afskräcker ingen från simulation. För öfrigt är det mest folk, som något känner till modern anstaltsvård, t. ex. f. d. skötare, patienter eller personer, som genom studiet af populära skrifter förskaffat sig någon uppfattning härom. En sak undgår dock alltid lekmannen, det är att det finnes metod äfven i sinnessjukdomarna. Simulation af kort varaktighet förekommer ganska ofta i fängelserna; upprepas de ofta, torde säkerligen ett psykopathiskt anlag ligga bakom

Amnesi för brottet är för de allra flesta människor bekant såsom tecken på förlust af medvetande eller epilepsi. Det har t. o. m. händt att en person kort före brottets begående låtsade få ett krampanfall. Om handlingen tydligen kontrasterar med personligheten eller hans föregående lif eller förefaller fullkomligt omotiverad, finner man ofta vid en noggrann psykiatrisk undersökning, att en larverad epilepsi föreligger. Ett dylikt fall hade nyligen inträffat i Hessen, i det en aktad medborgare 3 ggr blifvit dömd för sedlighetsbrott, trots det han påstod sig ej minnas någonting. Han hade hvarken i fängelset eller utom haft något tydligt epileptiskt anfall, men efter sista frigifningen uppträdde flera sådana, så att han måste upptagas i en epileptikeranstalt. Flera beryktade lustmord i Tyskland ha afslöjats såsom begångna af epileptici. Likaså falska vittnesmål o. d., ty den sjuke märker en minneslucka och den utfyller han sedan genom konstruktioner. Att diagnosticera en larverad epilepsi är ofta ganska svårt, men dock ingalunda omöjligt. Ofta nog kan ett periodiskt diarrhé el. d. leda ens misstankar i rätt riktning, men det finnes ett typiskt symtom och det är alkoholintolerans, hvilken med lätthet kan påvisas medels de Sommerska motoriska eller de andra psykofysiska undersökningsapparaterna. (Hvarför finnas eller användas ej dylika vid våra medicinska undervisningsanstalter?) Professor Sommer anser, att man med 80 gm alkohol säkert kan hos epileptici påvisa rus- eller andra intoleranssymtom, såsom epileptiska anfall, »Dämmerzustände» etc. Erfarenheterna från epileptikeranstalterna visa att hos många efter 3 års alkoholabstinens anfallen alldeles upphöra för att åter börja så fort individen får alkohol. Prof. A. ansåg, att nästan alla epileptiska »Dämmerzustände» utlösas af alkohol, och han anförde flera fall, där detta tydligt ägt rum, bland annat ett mera bekant om en ung tjänsteman från Halle, hvilken plötsligen försvann därifrån och sex veckor senare dök upp på ett hotell i Sverige totalt utan minne af hvad han företagit den sista tiden.»

Det vanligaste sättet för simulation är det direkta, omedelbara. De spela antingen dumma, slöa, okunniga, nedstämda, vägra tala etc. eller också ursinniga och rasa och bråka. Af den förstnämnda formen hade i Giessen endast förekommit två fall. Det ena var en nervöst belastad kvinna. Hon hade opererats för appendicit 1 år före brottets begående, sedan lefvat i nöd och var vid undersökningen afmagrad och kroppsligen försvagad i allra högra grad. Hon svarade orätt på de enklaste frågor, vägrade trots sitt kachektiska tillstånd att äta etc. Plötsligen tröttnade hon en dag, åt, svarade normalt och tillstod att hon af fruktan för straff spelat sinnessjuk. En person,

som företer höggradig dumhet, men saknar yttre tecken, bör alltid förefalla misstänkt. Det andra fallet företedde bilden af en melankoli under 6 veckor, men sedan tillstod »den sjuke», att det var simulation. Otvifvelaktigt hade dock i detta fall t. f. af trycket af det hotande straffet sinnesstämningen varit tydligt deprimerad.

En annan form är simulation af våldsamhet med motorisk retning, meningslöst pratande och skrikande. Dylika försök fasthållas ofta med rätt stor ihärdighet och utmärka sig stundom af en stor häftighet. Simulanten kan dock ej hålla på under en längre tid, utan tröttnar relativt snart. Dock är långt ifrån alltid ett på några dagar öfvergående maniakaliskt tillstånd eller en kortvarig näringsvägran simulation.

Psykopatiska individer förete ju som bekant ofta hastigt öfvergående »Erregungszustände», men dessa äro likväl så karakteristiska, att den psykiatriskt skolade genast igenkänner dem. Vid höggradiga hysteriska »Erregungszustände» har man den stora suggestibiliteten, som ett viktigt kännetecken. Det noggranna iakttagandet af rörelseformerna och språket kan i de flesta fall afgöra om verklig sinnessjukdom föreligger eller ej. Dessutom har man en god hjälp i narcotica, hvilkas verkan på simulanten är högst påtaglig, under det att på verkligt sjuka ofta nog ganska stora doser visa sig fullkomligt overksamma.

Stundom simuleras halfstuporösa tillstånd, individen ligger orörlig i sin säng och låter både urin och fæces afgå utan vidare, smetar därmed i ansiktet, på väggarna etc. I ett af Krafft-Ebing närmare skildradt fall bredde pat. t. o. m. fæces på smörgåsen och åt o. s. v. Efter några dagars ordinerad svältkur tröttnade han, »blef normal» och tillstod allt, blef dömd för sitt brott och på grund af simulationsförsök t. o. m. strängare. Man undrar verkligen, om en psykiskt fullt normal människa kan spela så, men de som undersökt dylika fall påstå så. Doc. Dannemann sade just härom: »der ethisch tief gesunkene ist auch ästhetisch sehr abgestumpft». Det är ju en sats, som man ej precis får generalisera, men det är ju *möjligt*, att den för en stor del af fall äger sin riktighet, åtminstone om man tillägger ett partiellt framför estetiskt, men därom saknar jag tyvärr kompetens att döma. För den åsikten, att dylika individer ej skulle vara riktigt normala, talade ett fall i Hessen, där några år senare i fängelset hos f. d. simulanten det utvecklades en tydlig paranoia med katatona drag.

Det som vore lättast att simulera skulle utan tvifvel vara den regelrätta paranoian, men därtill skulle endast läkare eller

kunniga vårdare och dylika hafva nödiga kunskaper. I hela Tyskland hade man sig ej bekant något dylikt fall.

Den sista och tämligen vanliga formen af simulation är den af växlande tillstånd. Individen gör sig så besvärlig som möjligt i fängelset och obehaglig. Början de demens och hysteri visa dock ofta liknande bilder, hvarför man måste vara varsam. Hos andra är det vana och en otyglad natur. Dessa omständigheter försvara doc. D:s yrkan på att *alla sådana* skulle ställas under noggrann observation och sedan eventuellt interneras på lifstid.

Tillräknelighetsfrågan behandlades från juridisk synpunkt af prof. Mittermaier, hvilken därvid utgick från följande definition: tillräkneliga äro de samhällsmogna (sozialreifig) som han häfdade gent emot den mera psykiatriska att tillräkneliga äro de straffemottagliga (empfindlich gegen die Strafe). Det är i alla fall klart att man endast kan tala om tillräknelighet, när det gäller samhällsmogna och andligen normala individer, som äga förmåga att underordna sina handlingar under rättsväsendet I en liten bondby utan kultur och kommunikationer kan sålunda en 15 à 16 års ungdom vara samhällsmogen, åtminstone i åtskilliga afseenden t. ex. beträffande stöld, mord, men kanske ej beträffande bedrägerier. I en storstad med dess mera komplicerade lefnadsförhållanden dröjer det vida längre innan individen blir samhällsmogen.

För att kunna i lagen bestämma om samhällsmognad vid en viss ålder får man ej fästa sig vid genomsnittet utan vid minimum af mognad hos en andligen frisk individ af den åldersklassen.

Äfven från deterministisk ståndpunkt kan man ju tala om tillräknelighet, tillräknelighet enligt den eller den paragrafens i strafflagen mening. Men praktiskt blir det ju på grund af en hel del oklara öfvergångsfall alltid ganska svårt. Men då kommer frågan om, huru man skall förfara med de om man så får säga onormala. Från psykiatrisk synpunkt är det ju självklart att en sådan ej skall straffas, men juristerna komma med något, som de benämna det allmänna rättsmedvetandet, och detta skulle ej tillfredsställas med straffrihet utan såsom prævention ovillkorligen fordra straff. En förening af tyska jurister ville för mindervärdiga ha straffnedsättning och för speciella fall en särskild behandling. Till den sista kategorien skulle höra: hafvande, digifvande eller i klimakteriet befintliga kvinnor, berusade, febersjuka, alkoholister, arteriosklerotici, epileptici och hysterici. Naturligtvis endast för så vidt de ej äro fullständigt sinnessjuka. Nyssnämnda individer skulle näm-

ligen vara tillräkneliga, men bilda en särskild grupp bland de tillräkneliga.

Detta sätt att resonera kan naturligtvis ej tillfredsställa medicinskt skolade personer. I den följande diskussionen opponerades också kraftigt mot den partiella tillräkneligheten äfven från juristhåll under betonande af, att denna endast är en kvarlefva af vedergällningsprincipen, hvilken dock numer borde få anses uppgifven. Prof. A. ansåg att, om man hölle på den partiella tillräkneligheten, så skulle man råka in i de största svårigheter, t. ex. med en paranoiker. Han anförde ett sådant exempel. En man hade våldtagit sin dotter. Han föreföll fullkomligt normal och förklarade öppet att då hustrun nu blifvit gammal och ful, så att hon inte kunde tillfredsställa hans könsdrift, han naturligen var i sin fulla rätt att använda sin egen dotter. Detta tyder ju på en betydlig grad af omdömeslöshet, men torde ej hafva haft något inflytande på domen, därest ej en paranoia så småningom hade påvisats. Dennas vanidéer hade likväl ej det ringaste sammanhang med brottet, hvilket hade sin rot som ofvan sagts i den af sjukdomen orsakade omdömeslösheten. På samma sätt torde en paranoiker, hvilken begår en stöld utan relation till vanidéerna, alldeles säkert böra förklaras otillräknelig oaktadt hans kanske mycket goda intelligens. Att hos en imbecill af högre grad eller hos en af periodisk psykos lidande tala om partiel tillräknelighet är ju uppenbarligen för en psykiatrien ej alldeles främmande fullkomligt otänkbart, möjligen förr, som en talare uttryckte sig, om partiel otillräknelighet. Hvad som i alla fall blir hufvudsaken med reformkrafvet på straffrätten, det är, att, straffet tillmätes endast och allenast med hänsyn till gärningsmannens sinnestillstånd och straffemottaglighet.

Ett synnerligen intressant uppslag kom från doc. Dannemann och det var undervisning i psykiatri för polismän. Det låter nog underligt för mången, men ingen torde kunna påstå, att det ej skulle vara nyttigt. Mera trängande är hos oss naturligtvis undervisning i psykiatri för de unga juristerna (sådan är i Tyskland ej obligatorisk, men alla begagna sig numera däraf).

I polisskolorna undervisas ju för närvarande i brottning, gymnastik, lifräddning etc. men minst lika viktigt är naturligtvis undervisning i människokännedom. Doc. D. har hållit en kort kurs omfattande fyra föreläsningar i hithörande frågor för 400 polismän i Darmstadt och för närvarande håller han på och för samma ändamål utarbeta en »Leitfaden».

Hans föreläsningar, för hvilka han i korthet redogjorde, omfattade vittnespsykologi med iakttagelsefel betingade af affekter,

reproduktionsfel samt felkällor genom suggestivfrågor, hvilket i ett par fall i Hessen t. o. m. ledt till åtal för mened, allt belyst med experiment eller exempel.

Dessutom meddelade han dem en redogörelse för de olika karaktärerna hos de olika könen samt en kort framställning af barnpsykologien specielt barnet som vittne och sanningssägare. Till sist lämnade han en kort framställning af de vanligaste sjukdomsformerna, epilepsi, hysteri, samt huru polisen skulle förfara och *observera*, hvilket för ett blifvande läkareutlåtande kunde hafva den allra största betydelse.

Genom att på detta sätt få psykologiskt skolade polismän skulle ju deras yrke möjligen kunna ändra karaktär något. De skulle få till uppgift att söka lära känna människorna i sitt distrikt och sålunda kunna inskrida för att möjligen förebygga en del olyckor, de skulle föra sinnessjuka varsamt och vid ett eventuelt infångande vänta ut dem istället för som nu ej sällan söka taga dem genom någon bravad eller dylikt. Dessutom skulle brutaliteten vid gripandet af brottslingar betydligt minskas.

En rätt viktig sak, som sammanhänger med denna fråga, är upptagandet af stilprof genast vid ankomsten till häktet. T. f. af genom en tillfällighet genast vid häktningen erhållet stilprof hade man i Hessen tvänne gånger lyckats påvisa att personen varit drucken; detta är ju eljes alldeles subjektivt och hade i dessa fall också undgått vederbörande. Särskildt vid fall af alkoholintolerans kan man med denna enkla metod på ett förvånande sätt se alkoholverkan registrerad, hvilket framgick af en mängd framlagda stilprof. Dessutom är det af betydelse att polismannen vid häktningen tar reda på, om brottslingen är orienterad till tid och rum.

Ännu mycket mer skulle vara att säga om denna kurs, men det kanske för mången redan blifvit mer än nog.

Medicinalstyrelsens senaste beslut i fråga om familjevård för sinnessjuka.

I denna fråga har d:r Alfred Petrén i n:r 43 af denna tidskrift gjort några »reflexioner», som kräfva en gensaga.

Efter en relation af sakens förhistoria yttrar d:r Petrén att medicinalstyrelsen »*i stället för* (kurs. af mig) att mottaga den sakkunskap psykiatriska föreningen erbjudit», gjort en framställning till Kungl. Maj:t med användande af ett uppslag i frågan från annat håll.

Detta innebär nu ingalunda ett ignorerande eller tillbakavisande af psykiatriska föreningens erbjudande, hvarom mera

nedan, men äfven om så vore förhållandet, synes mig d:r Petréns nyssberörda uttryck väl mycket likna en skrapa åt medicinalstyrelsen för det denna understått sig att vidtaga en ämbetsåtgärd utan att fråga psykiatriska föreningen om lof.

Dylikt kan icke vara till gagn för ett fortsatt godt samarbete mellan föreningen och medicinalstyrelsen för sinnessjukvårdens bästa.

D:r Petréns sedermera följande granskning af styrelsens skrifvelse till Kungl. Maj:t erbjuder äfven åtskilliga egendomligheter.

Att medicinalstyrelsen ifrågasatt ersättning — tills vidare — för vissa med tillsynen af familjevården förenade förrättningar, hvilka knappast kunna anses ovillkorligen åligga vederbörande tjänsteinnehafvare, är väl icke svårt att förstå. Allra minst borde d:r Petrén förvånas häröfver, då han själf nyligen gjort en jämförlig framställning, nämligen om särskild ersättning för hållande af en undervisningskurs för sköterskor vid det hospital där han tjänstgör.

Detta styrelsens förslag om ersättning, jämte några ord om att till en början en försöksvis anordnad familjevård icke torde erfordra vissa kostnader, som nu äro förenade med familjevården vid Korsberga, har emellertid föranledt d:r Petrén till den misstanken att medicinalstyrelsen umgås med några svarta planer att framförallt gynna ifrågavarande familjevårdstyp.

Då d:r Petrén är amanuens i medicinalstyrelsen skulle han på ett ytterst bekvämt och enkelt sätt kunnat förskaffa sig visshet om att denna väl svagt motiverade farhåga varit alldeles ogrundad, nämligen genom en personlig förfrågan hos referenten för hospitalsärendena.

Genom att undvika denna utväg, som väl icke torde vara okänd kolleger emellan, har d:r Petrén beredt sig ett visserligen icke osökt men påtagligen kärkommet tillfälle att uppträda och rädda fäderneslandet förmedelst en föreläsning för medicinalstyrelsen rörande den enda sanna bekännelsen i familjevårdsfrågan.

Enligt denna bekännelse äro de enda användbara typerna för familjevård dels *Uchtspringetypen*, d. v. s. familjevård hos gifta skötare, bosatta inom anstalten, dels *Iltentypen*, d. v. s. utackordering af sinnessjuka hos familjer utom anstalten, men i dess närhet.

Hvad nu Uchtspringetypen beträffar har medicinalstyrelsen redan år 1902 principiellt uttalat sig för densamma (se K. M:ts nåd. proposition n:r 70 till 1903 års Riksdag) och har i enlighet härmed sedermera vid flera tillfällen och nu senast i år gjort framställning om anslag till uppförande af bostäder för

gifta skötare jämte hos dem utackorderade sjuka, i följd hvaraf äfven nu vid en del hospital sådana bostäder finnas eller äro under arbete. I förslagen till de nya anstalterna vid Säter, Västervik och Östersund ingår äfven anordnande af ett icke ringa antal byggnader för samma ändamål.

Rörande Uchtspringesystemet råder sålunda mellan medicinalstyrelsen och dess amanuens lyckligtvis den skönaste enighet. Icke heller med afseende å Iltentypen är medicinalstyrelsen så efterblifven och förstockad som d:r Petrén vill låta sina kolleger tro.

Af förenämnda nådiga proposition framgår, att styrelsen redan 1902 tänkte sig möjligheten och lämpligheten af familjevård enligt denna typ men att förutsättningarna härför vore dels en någorlunda stor folktäthet, dels äfven en någorlunda burgen befolkning, i följd hvaraf systemet i fråga måhända icke blefve möjligt att tillämpa vid vissa anstalter — och vid dessa borde därför Uchtspringesystemet utvecklas i större omfattning.

Medicinalstyrelsen har sålunda redan för fem år sedan påyrkat detsamma som d:r Petrén nu. Att hittills intet blifvit åtgjordt för anordnande af familjevård enligt Iltentypen har berott på de ofvan antydda praktiska svårigheter, för hvilkas aflägsnande medicinalstyrelsen nyligen vändt sig till psykiatriska föreningen.

Iltentypen är naturligtvis obetingadt att föredraga framför Korsbergatypen. Att denna senare kommit till användning i vårt land beror därpå att Korsberga, där en del sällsynt gynnsamma förutsättningar för familjevård äro för handen, händelsevis är beläget flera mil från närmaste hospital. Typen har som sig bör fått rätta sig efter omständigheterna — så enkel är den saken.

D:r Petrén har äfven afhandlat en del detaljfrågor utan nämnvärdt intresse, vill det synas mig, för en större publik. Jag kan därför förbigå dem, så mycket mera som mina anmärkningar mot d:r Petréns framställning i dessa punkter äro ungefär de samma som dem jag ofvan anfört. D:r Petrén uppträder såsom ensaminnehafvare af familjevårdsfrågan och söker framställa sig själf som en väldig reformator, ehuru han i själfva verket förkunnar tämligen enkla och självklara satser om hvilka oberoende af hans inlägg, enighet torde råda inom fackkretsar.

Orsaken till att medicinalstyrelsen nu gjort framställning om bemyndigande för vederbörande hospitalsdirektioner att

försöksvis anordna familjevård för anstalterna tillhöriga sjuka är helt enkelt den, att härigenom möjlighet gifves att vinna faktisk erfarenhet om utsikterna för och lämpligheten af familjevård af sinnessjuka i olika trakter af riket och naturligtvis närmast invid de respektive anstalterna.

D:r Petrén har blifvit dyster vid betraktande af »den väg medicinalstyrelsen nu i stället beträdt» men de som taga saken med mera ro skola, vill jag hoppas, inse att medicinalstyrelsens klandrade åtgärd i själfva verket lämnar alla vägar öppna för ett framtida ordnande af familjevården på det sätt och i den form som för hvarje särskild trakt och vid hvarje särskild anstalt kan komma att visa sig lämpligast.

Ifrågavarande åtgärd hindrar icke heller på något sätt den samverkan mellan medicinalstyrelsen och psykiatriska föreningen hvarom styrelsen gjort framställning och som föreningen erbjudit.

Tvärtom bör denna samverkan kunna blifva mera fruktbringande när föreningens medlemmar kunna stödja sig på personliga erfarenheter i stället för som nu oftast blott på litteraturuppgifter och hörsägner eller i bästa fall på flyktiga besök vid utländska anstalter med helt annan miljö än våra.

Georg Schuldheis.

(Insändt.)

Till Herrar Förste Provinsialläkare samt Herrar Stadsläkare.

Den 10 sistlidne september tog jag mig friheten att till landets samtlige Förste Provinsialläkare äfvensom till det öfvervägande flertalet stadsläkare utsända en privat skrifvelse, hvari jag på angifna skäl anhöll om benäget uttalande i vissa afseenden öfver vår nu gällande fosterbarnslag af den 6 juni 1902 samt hemställde, att svar *snarast möjligt* måtte till mig aflåtas. Till denna dag har emellertid svar härå endast ingått från 5 Förste Provinsialläkare och 7 Stadsläkare. Då tiden närmar sig, inom hvilken jag måste hafva slutat bearbetningen af de erhållna upplysningarna, därest de skola kunna användas för det afsedda ändamålet, vågar jag härmed vördsamt upprepa min anhållan om skyndsamt svar å de framställda frågorna.

Stockholm den 18 november 1907.

R. A. Wawrinsky.

(Insändt).

Psykiatriska föreningens årsmöte.

I det referat öfver Psykiatriska föreningens årsmöte i Uppsala den 7 och 8 sistl. juni, hvilket har till författare herrar O. Kinberg och A. Petrén, och hvilket återfinnes i n:o 43 af Läkartidningen, förekommer å sidan 797 den uppgiften, att Psykiatriska föreningen skulle ha antagit flera diskussionsämnen vid nästa årsmöte. Till rättelse häraf får jag meddela ordalydelsen af § 27 ur det justerade protokollet,

hvilken paragraf är af följande lydelse: Gårdagens bordlagda förslag om diskussionsämne till nästa möte upptogs. »Farliga sinnessjukes vård i vårt land» föreslogs och antogs utan diskussion. Herr Lauritzen förklarade sig villig inleda diskussionen.

Lund den 15 nov. 1907.

Teodor Nerander.
Psykiatriska föreningens förutvarande ordf.

Hvarjehanda notiser.

Östergötlands läkarförening sammanträdde i Norrköping den 11 dennes. Docenten E. Levin höll ett längre föredrag med skioptikonbilder angående tyfusstationens i Mjölby arbete under våren d. å. D:r Bissmark meddelade därefter landstingsbeslutet angående epidemivården i Östergötland. Därpå antogs kommitterades förslag angående utlåtande om d:r Sundells motion i fråga om kollektivackord, och beslöt föreningen att därvid uttala sig för:

att kollektivackorden tillsvidare af praktiska skäl bibehållas;

att det måtte bestämmas för kollektivackord med fabrik, bruk eller egendom liggande nära intill läkarens bostad en minimitaxa af 3: — kr. för ensam person och 7: — kr. för familj, där fri medicin ej åtnjutes, samt 4: — kr. för ensam person och 8: — kr. för familj, där fri medicin åtnjutes; samt att vid kollektiv uppgörelse med fabrik, bruk eller egendom, liggande på större afstånd från läkarens bostad, en lämplig nedsättning i dessa pris må göras;

att i skyldigheterna vid kollektivackord ej måtte ingå massage, elektricitet, svårare kirurgisk eller annan specialbehandling, biträde vid förlossning, sjukbesök i hemmen på större afstånd än en kilometer, ej heller afgifvande af intyg;

att ofvanstående taxa gäller vid uppgörandet af nya ackord utan att bryta gamla aftal.

Vid **Malmö läkarförenings** sammankomst den 14 november demonsterade d:r Pfannenstill patienter med astasi-abasi; d:r Prag demonstrerade ett par fall af neuros. Års- och revisionsberättelser föredrogos.

Kungl. Maj:t har medgifvit inrättandet af en underläkartjänst vid Vänersborgs hospital med ingången af nästa år.

»Det praktiska året». Sakkunniga för utredning af frågan om den praktiska utbildningen efter medicine licentiatexamens sammanträde i Stockholm den 12 dennes under ordförandeskap af prof. Hammarsten. Öfriga ledamöter äro professorerna Sundberg, Borelius och Petrén samt lasarettsläkare A. Eurén. Som sekreterare fungerar kanslärssekreteraren O. Croneborg.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar. att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) at ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
En marinläk.-stip.-befattn. (sökes hos marinöfverläkaren)	23 nov.
Extra prov.-läk.-tj:n i Ljugarns distr.[2]) (*nyinrättad;* distr. omfattar Garde, Laus, Alskogs, Ardre, Ala,	

Gammelgarns och Kräcklingbo socknar af Gottlands län med läk.-station i Ljugarn; lön: 2,425 kr.) 23 nov.
Prov.-läk.-tj:n i Skogs distr.[1]) 25 nov.
1:e underläk.-befattn:n v. lasarettet i Gäfle[2]) (ledigförklarad på grund af ny treårsperiod) 27 nov.
En civil läk.-stip.-befattn.[3]) 2 dec.
En distr.-läk.-tj. i Göteborg (ledigförklarad på grund af ny treårsperiod; ansökan till Hälsovårdsnämnden) 3 dec.
Stadsläk.-tj:n i Säter (tillträdes 1 jan., lön: 800 kr.; sökes hos magistraten) 5 dec.
Prov.-läk.-tj:n i Sundsvalls distr.[1]) 7 dec.
Förste stadsläk.-tj:n i Halmstad (lön: 4,000 kr. jämte två ålderstillägg à 500 kr.; sökes hos magistraten) 7 dec.
Stadsläk.-tj:n i Vaxholm (sökes hos magistraten) 7 dec.
Amanuensbefattn. v. Lunds hosp.[3]) löneförmåner: 2,000 kr. jämte bostad och kost) 9 dec.
Extra prov.-läk.-tj:n i Jockmocks distr.[2]) (distr. omfattar Jockmocks socken med Kvickjocks kapell af Norrbottens län; invånare den 1 jan. 06: 5,220: löneförmåner: 3,000 kr. + fri bostad) 16 dec.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Jämshög[1]) (pensionsafgift 250 kr.) 7 dec.
Apoteket i Storvik[1]) (pensionsafgift 800 kr.) 7 dec.

Af Kungl. Maj:t utnämnda och transporterade:

Till förste prov.-läk. i Blekinge län och prov.-läk. i Karlskrona distr.: t. f. 1:e prov.-läk. *C. L. Dahlberg.*
Till lasarettsläk. i Luleå: t. f. las.-läk. *E. T. Feltström.*
Kaptens rang har tillerkänts bat.-läkarna *Nordlander* (Västernorrlands r:te), *Brinke* (Norrlands dragonr:te), *Odqvist* (Svea trängk.), *Hammar* (Posit.-art.-r:tet), *Falck* (södra skånska inf.-r:tet) och *Fredriksson* (Dalr:tet).

Af Med.-styr:n utnämnda och förordnade:

Till underläk. v. Kristinehamns hosp. (ett år fr. 1 jan. 08): kand. *L. Söderström.*

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Biträdande hosp.-läkarna *K. Hultman,* Vänersborg och *E. Göransson,* Lund (31 dec.).

Af vederbörande myndighet antagna:

Till fäng.-läk. i Örebro: 1:e prov.-läk. *Gerell.*
Till extra prov.-läk. i Aspa distr. (fortf. t. o. m. 1912): lic. *N. A. Ericsson.*

Sökande:

Till *underläk.-tj:n v. Stockholms stads epidemisjukhus:* lic:rna E. Alqvist, H. L:son Collin, C. F. Ekman och Arvid Karlsson.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Civ.-stip. *E. Lange* t. f. ex. prov.-läk. i Klintehamns distr. till årets slut. (v).
Lic. *S. Holmblad* t. f. prov.-läk. i Sundsvalls distr. fr. 1 dec. (v).
Lic. *D. Öhrn* t. f. ex. prov.-läk. i Jockmocks distr. fr. 1 dec. (v.).
Lic. *A. F. Warberg* t. f. ex. prov.-läk. i Oxelösunds distr. 15 nov.—7 dec. (t).

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 29 november 1907.

4:e årg.	Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER.	N:o 48.

Innehåll: P. SÖDERBERG: I anledning af förslag till ändring af obduktionsstadgan. — Förslaget till ändring af läkartaxan. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser.

Några reflexioner med anledning af vissa delar i det betänkande, som kommittéen för verkställande af revision af de för rättsmedicinska undersökningar gällande stadganden till Kungl. Maj:t afgifvit.

Af förste provinsialläkaren **Pontus Söderberg.**

Som bekant uppdrog K. Maj:t genom nådigt bref den 17 juni 1904 åt en kommitté att verkställa revision af de för rättsmedicinska undersökningar gällande stadganden närmast med anledning af K. medicinalstyrelsens underdåniga skrifvelse af den 9 mars 1904. Kommittébetänkandet har nu utkommit i tryck samt blifvit till vederbörande myndigheter utställdt för afgifvande af yttrande. Då betänkandet är af mycket stort intresse för alla svenska läkare, särskildt förste provinsial-, provinsial-, extra provinsial- och stadsläkare, torde en redogörelse af vissa däri berörda förhållanden måhända böra inflyta i Allm. svenska läkartidningen, på det att en diskussion därom tilläfventyrs måtte komma till stånd inom denna tidnings spalter.

Det är hufvudsakligen några af de viktigaste, läkarne vidkommande af kommittén föreslagna förändringar, jag här vill uppehålla mig vid, nämligen: 1) förslag om vissa förändringar rörande den föregående polisundersökningen, 2) vissa förändringar

beträffande obduktionerna och 3) hvilka läkare (eller rättare hvilken kategori af läkare), som skulle verkställa obduktionerna.

I. *Förslag om vissa förändringar rörande den föregående polisundersökningen*, eller, såsom kommitterade uttryckt det, *förslag till lag om rättslig liksyn.* — I § 2 af detta förslag säga kommitterade: »Syneförrättaren (i stad stadsfiskal, på landet närmaste kronolänsman) åligger att till synen kalla vederbörande tjänsteläkare eller, om denne är förhindrad eller aflägset boende, annan närboende legitimerad läkare, som är skyldig eller finnes villig att emottaga uppdraget. Läkarens uteblifvande må dock icke hindra synens företagande». I § 3 angifves, huru undersökningen vid liksynen bör verkställas. I § 4 angifves syneläkarens åliggande att till protokollet anmäla, huruvida han anser, att den döde dött en naturlig död, eller att anledning finnes till antagande, att han omkommit genom eget eller annans förvållande. I sin motivering till förslaget om läkares närvaro vid liksyn påpekar kommittén, att den, som enligt nu gällande lag förrättar liksynen, ej äger nödig kompetens att iakttaga, hvad som i rättsmedicinskt hänseende är viktigast att känna, och att erfarenheten ådagalagt, att protokollet ofta ej innehåller sådana viktiga upplysningar, hvilka kunna vara af betydelse för bedömandet af dödsorsaken samt att förrättaren ofta förbiser i rättsmedicinskt hänseende viktiga fenomen, hvilkas innebörd han icke kan uppfatta och bedöma samt att till och med stundom i protokollet inflyta vilseledande uppgifter m. m. I denna del af betänkandet måste jag gifva kommitterade obetingadt rätt. Samma erfarenhet, som ofvan uttalats, torde hvarje läkare hafva gjort, hvilken haft att verkställa rättsmedicinska obduktioner. Det är dessutom tydligt, att, såsom också kommitterade framhållit, flera företeelser å liket, hvilka kunna vara af vikt för bedömandet af dödsorsaken, vid obduktionstillfället ofta i följd af långt framskriden förruttnelse blifvit så förändrade (t. ex. yttre skador), att af desamma ringa slutledningar kunna dragas rörande dödssättet, under det att arten af dessa skador vid den ofta långt förut skeende liksyn eventuellt kunnat iakttagas och värdesättas för bedömandet af dödsorsaken, ifall läkare varit närvarande vid liksynen. Kommitterade hafva dessutom påpekat en del andra omständigheter, som nödvändiggöra en sakkunnig liksyn, d. v. s. en liksyn i närvaro af läkare. Det vore ett stort steg framåt i utvecklingen af rättsmedicinen i vårt land, om detta kommittéens välbetänkta och synnerligen väl motiverade förslag blefve lag, ett förslag som af alla vänner till Svenska rättsmedicinsväsendets utveckling måste hälsas med glädje. Mot förslaget till arvode för dessa syneläkare

(ersättning i resekostnad och traktamente enligt gällande resereglemente såsom för provinsialläkare) har jag ej heller något att erinra. Det skulle enligt kommitterades beräkning medföra för staten en ökning af 23,000 kronor årligen.

II) *Vissa förändringar rörande obduktionerna.* Här hafva kommitterade velat införa för vårt land en nyhet, hvars nödvändighet starkt kan sättas i tvifvel. Kommitterade hafva nämligen utan att uppgifva några egentliga skäl, såsom det vill synas, hufvudsakligen ledda af den omständigheten, att förhållandet är sådant i vissa europeiska länder t. ex. Danmark, velat införa förordning om särskildt läkarebiträde vid de rättsmedicinska obduktionerna. För så vidt jag, efter grundligt genomgående af betänkandet, kunnat finna, är det enda skäl, som kommitterade anfört såsom stöd för sitt förslag, det som finnes upptaget i allmänna motiveringen sid. 49, där det heter: »Den uppfattningen har alltmer gjort sig gällande (kommitterade uppgifva ej af *hvem* eller *hvar)*, att tvänne läkare borde deltaga i de rättsmed. obduktionerna, på det att trygghet måtte vinnås för att dessa synnerligen viktiga förrättningar blefve utförda så tillfredsställande som möjligt.» Af kommittéen, som så synnerligen väl motiverat förslaget om rättslig liksyn i närvaro af läkare, hade man väntat sig, att motiveringen för nödvändigheten och behöfligheten af tvänne läkares närvaro vid obduktionen varit starkare. Den omständigheten att i utlandet tvänne läkare äro vid den rättsmedicinska obduktionen närvarande kan ej utgöra någon öfvertygande motivering, att förhållandet bör vara enahanda hos oss. I Danmark, där tillgången på läkare är i förhållande till areal (och folkmängd?) betydligt större än hos oss och där läkareutbildningen i genomsnitt ej torde vara så i vetenskapligt hänseende grundlig som i Sverige, enär utbildningstiden är betydligt kortare, torde en sådan åtgärd som de rättsmed. obduktionernas förrättande af två läkare både vara lättare utförbar och måhända nödvändig och lämplig, därom är jag ej kompetent att döma. Men i Sverige med en läkareutbildning af i medeltal omkring 10 år och med de jämförelsevis stora afstånden mellan läkarne å landsorten torde en dylik anordning vara obehöflig och mångenstädes synnerligen opraktisk. Den omständigheten att de rättsm. obduktionerna under nuvarande regim ofta äro otillfredsställande, hvilket K. medicinalstyrelsen i ofvannämnda underdån. skrifvelse påpekat, har icke visats bero och beror icke därpå, att blott *en* läkare verkställt obduktionen, utan därpå att obducenterna i allmänhet hittills haft för få obduktioner för att kunna vidmakthålla sina rättsmedicinska kunskaper, så att tjänsteläkarnes duglighetsnivå

såsom rättsläkare undan för undan synes hafva sjunkit i samma mån som antalet tjänsteläkare (särskildt genom ökning af extra provinsialläkarnes antal) ökats. Saken hade nog ej afhjälpts därmed, att dessa förrättningar verkställts af 2 läkare. Ej ens för närvarande skulle således de rättsmed. obduktionerna hafva vunnit synnerligen mycket på, om de förrättats af tvänne läkare. Genom kommittéens förslag, att dessa förrättningar hädanefter skulle komma att utföras af i allmänhet 1 obducent i hvarje län, skulle ju duglighetsnivån komma att höjas hos obducenterna i högst väsentlig mån. Denne rättsläkare, som dessutom enligt kommittéens förslag skulle styrka sig äga särskild utbildning i rättsmedicin utöfver den för med. licentiatexamen bestämda, kan ju sålunda förutsättas vara kompetent att tillfredsställande utföra dessa viktiga förrättningar utan att behöfva vid sin sida hafva en biträdande läkare med gifvetvis i regel mindre kompetens. Dessa biträdande obducenter torde sålunda med allt skäl anses vara obehöfliga. Att det kan vara behagligt[1]) för en obducent att hafva en läkare till assistent, bestrider jag icke, men jag vågar bestämdt påstå, att reformen är obehöflig, och att de ej obetydliga kostnader, som staten härför finge vidkännas, bättre kunde användas till andra nödiga reformer inom rättsmedicinen. För biträde vid obduktionerna skulle dessa läkare utöfver resekostnads- och traktamentsersättning, erhålla ett arfvode af 10 kronor för hvarje obduktion; alltså skulle den årliga utgiften, staten hade att härför utbetala, belöpa sig till 4,500 kronor, enär obduktionernas antal i medeltal är 450. Härtill kommer traktaments- och resekostnadsersättning. Då obduktionerna väl komma att verkställas ungefär på samma ställe, där de skulle hafva förrättats, om nuvarande regim bibehölles, och då det i de flesta fall blefve vederbörande tjänsteläkare, som komme att såsom obduktionsbiträde närvara vid obduktionen, så bör ersättningen till dessa obduktionsbiträden för traktamente och resekostnad blifva ungefär densamma, som hittills utgått, eller för år 1903 och 1904 i medeltal cirka 5,000 kronor. Skälet hvarför kommitterade vid beräkningen af kostnaderna i traktamente och reseersättning utgått från kostnaderna under två af de tre år (utaf åren 1890—1905), då obduktionernas antal å landsbygden varit afsevärdt litet (resp. 254 och 232 under år 1903 och 1904) torde väl hafva varit det, att kommitterade antagit, att ett sådant fåtal hädanefter skulle blifva regel, dels till följd af fosforförgiftningarnes upphörande och dels på grund af den

[1]) Ännu behagligare vore, om i kommunerna funnes obduktionsstugor. Dessa kunna vara mycket enkla och billiga, blott de äro försedda med eldstad (t. ex. kamin) och med golf af cement.

föregående liksynen i närvaro af läkare. För min del tror jag, att det dock varit riktigare, om kommitterade skaffat sig ett medeltal af ett större antal år (t. ex. under de 16 år, tab. sid. 76—91 omfattar). Det funnes ju flera år, då obduktionsantalet å landsbygden uppgått till öfver 350 (ett år till 381), såsom synes af närstående tabell, af mig uppgjord efter kommitténs ofvannämnda tabeller.

	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	Summa
Stockholm, Göteborg och Malmö	83	102	84	79	103	63	102	82	698
Öfriga städer	45	55	65	67	59	38	50	51	430
Landsbygden	322	328	319	355	328	316	381	334	2.683
Summa:	450	485	468	501	490	417	533	467	3,811

	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	Summa
Stockholm, Göteborg och Malmö	64	74	72	60	71	68	67	60	536
Öfriga städer	47	62	68	71	56	53	49	48	454
Landsbygden	324	365	346	358	284	254	232	227	2,390
Summa:	435	501	486	489	411	375	348	335	3.380

Tydligt är, att ersättningen för traktamente och resekostnad måste blifva afsevärdt större, om man utgår från det medeltal kronor, som därför under alla dessa år utbetalats. På goda grunder tror jag mig kunna våga antaga, att dessa kostnader skulle uppgå till minst 6,000 kronor årligen. Statens kostnader för dessa obduktionsbiträden skulle alltså uppgå till minst 10,500 kronor om året.

III) Jag öfvergår nu till frågan, *hvem som skulle hafva att verkställa de rättsmedicinska obduktionerna.* § 2 af förslaget till obduktionsstadga lyder: Rättsmedicinsk obduktion förrättas af förste provinsialläkaren. För hvartdera af Stockholms och Malmöhus län förordnar medicinalstyrelsen särskild läkare att jämte förste provinsialläkaren och enligt den fördelning af tjänstgöringsskyldigheter dem emellan, som Konungens Befallningshafvande bestämmer, tjänstgöra som obduktionsförrättare. Konungens Befallningshafvande vare dock obetaget att för visst fall, då särskilda omständigheter därtill föranleda, till obduk-

tionsförrättare förordna annan legitimerad läkare, som är skyldig eller finnes villig att verkställa förrättningen, och skall i nu nämnda fall, om flere läkare äro att tillgå, till obduktionsförrättare utses den, som befinnes vara för uppdraget mest skicklig och lämplig. Det åligger obduktionsförrättaren att till biträde vid obduktionen kalla vederbörande tjänsteläkare. Är denne af laga förfall hindrad eller till obduktionsförrättare förordnad, skall, då sådant utan menlig tidsutdräkt kan ske, till biträde kallas annan närboende legitimerad läkare, som är skyldig eller finnes villig att emottaga uppdraget. I städerna Stockholm, Göteborg och Malmö förrättas rättsmedicinsk obduktion af vederbörande stadsläkare, som det åligger att till biträde kalla annan legitimerad läkare.

Denna synnerligen stora förändring i nuvarande förhållande motivera kommitterade med att först anföra k. medicinalstyrelsens ofvanberörda underdån. skrifvelse, där det heter: »— — då de tjänsteläkare, som hafva att utföra rättsmed. obduktioner, numera utgöra 139 provinsialläkare, 162 extra prov.-läkare och 85 stadsläkare, sammanlagdt 386, så kommer i medeltal årligen på hvar och en icke stort mer än *en* obduktion. Det ligger i sakens natur, att läkarens öfning och erfarenhet på detta område härigenom skall blifva otillräcklig. Medicinalstyrelsen hade iakttagit, att våra tjänsteläkares duglighetsnivå som rättsläkare undan för undan tyckts sjunka. Såväl af 1885 års provinsialläkarekommitté som å svenska läkaremöten hade framhållits behofvet af en minskning i obducenternas antal till fromma för rättsmedicinen. Men i fråga om sättet för ändringen hade meningarna varit delade. Somliga hade velat, att dessa obduktioner uppdragas åt ett mycket begränsadt antal obducenter, andra att förste provinsialläkarne eller jämte dem äfven provinsialläkarne skulle erhålla uppdraget i fråga.» Kommittéen finner af ofvannämnda tabeller, att det fåtal obduktioner, som kommit på flera tjänsteläkares lott, ej kunna vara tillfyllest att underhålla sakkunskapen beträffande förrättandet af rättsmed. obduktioner, än mindre att utvidga erfarenheten på detta område. En omorganisation voro därföre nödvändig. Olika förslag hade, såsom nyss sades, framkommit, alla emellertid gående ut på en minskning i obduktionsförrättarnes antal. Ett sådant förslag med anställande af ett mindre antal särskilda rättsläkare med stora distrikt skulle, erkänner kommittéen, hafva den väsentliga fördelen med sig, att rättsläkaren skulle vara i tillfälle att samla rik erfarenhet, som kunde komma förrättningarna till godo. Detta förslag anse emellertid kommitterade knappast för våra förhållanden praktiskt: kostnaderna för stora, anordningen ej

gärna genomförbar i Norrland, arbetet med ständiga långa tjänsteresor och obduktionerna skulle blifva för betungande och ansträngande, obduktionerna understundom fördröjas till skada för obduktionsresultatet. Då förslag framkommit till omorganisation af förste provinsialläkareinstitutionen bland annat i det afseendet, att förste provinsialläkaren icke vidare skulle med sin befattning som sådan förena provinsialläkaretjänst, har kommittéen upptagit tanken, att i dessa läkares tjänstgöringsskyldighet skulle ingå åliggandet att såsom rättsläkare hvar och en inom sitt län utföra de rättsm. obduktionerna. I villkoren för kompetens till förste prov.-läkarebefattning skulle ingå, att han skulle visa sig äga särskild utbildning i rättsmedicin. Af de ofvannämnda tabellerna sluter kommittéen, att obduktionernas antal icke skulle vara större, än att förste prov.-läkaren medhunne dem, *därest han befriades från skyldigheten att meddela enskild sjukvård.* I de norrländska länen skulle dock de långa afstånden lägga oöfverstigliga hinder för denna anordning. I dessa fall, och då förste provinsialläkaren af annan obduktionsförrättning eller af andra ej uppskjutbara tjänstegöromål vore förhindrad[1]), skulle Konungens Befallningshafvande äga att utse annan obduktionsförrättare.

---

[1]) För detta hafva kommitterade, enl. mitt förmenande, icke funnit ett adeqvat uttryck i obduktionsstadgeförslaget § 2 (sid. 6), där det heter: »Konungens Befallningshafvande vare dock obetaget att för *visst fall* — — — utse annan läkare etc.» Orden: »för visst fall» kunna onekligen ge anledning till den tolkningen, att det blott skulle gälla en viss obduktion, isynnerhet som 2 rader nedanför är användt ordet: »förrättningen» (bestämd form i sing.), under det att kommitterade enligt motiveringen ej blott synas åsyfta ett bestämdt fall, utan äfven velat däri inbegripa undantagsförhållandena i Norrland m. m. Stadgeformuleringen hade, synes mig, bort vara sådan, att däri kunnat inbegripas äfven de tider, då förste prov.-läkaren af inspektionsresorna (som kräfva veckor till månader) vore förhindrad att verkställa någon rättsmed. obduktion. Jag medgifver, att orden: »för visst fall» skulle kunna så tolkas, att därmed kunde åsyftas såväl dessa förhinder som hvad kommittéen enligt motiveringen åsyftat, om ordet: »förrättningen» utbyttes mot: »dylik förrättning» eller »förrättningarne». Eller också skulle möjligen denna del af § 2 kunna affattas på följande sätt: Konungens Befallningshafvande vare dock obetaget att *såväl* för visst fall, då särskilda omständigheter därtill föranleda, *som ock* under de tider, då förste prov.-läkaren till följd af inspektionsresa eller andra tjänstegöromål, som ej kunna uppskjutas, säge sig för viss kortare tid förhindrad att verkställa de rättsmed. obduktionerna, till obduktionsförrättare förordna annan legitimerad läkare, som är skyldig eller finnes villig att åtaga sig *dylik* förrättning, och skall — — — lämplig. Och bör vid ofvannämnda fall förste provinsialläkaren därom hafva gjort anmälan hos Konungens Befallningshafvande. — Jag erkänner, att denna stilisering är väl utförlig för en stadgeparagraf, hvarför det vore önskligt, att den förkortades, blott den finge samma innehåll.

I Stockholms och Malmöhus län — de enda, i hvilka kommitterade finna obduktionernas antal för stort för att af förste provinsialläkaren medhinnas, skulle en medobducent tillförordnas af medicinalstyrelsen. Men att utsträcka en dylik anordning därhän, att det icke skulle åligga förste prov.-läkaren såsom tjänsteplikt att inom länet vara obduktionsförrättaren, utan att samtliga obduktionsförrättare skulle förordnas tills vidare, anser kommittéen ej lämpligt, ty rättsläkareinstitutionen, menar kommittéen, skulle därigenom få en karakter af tillfällighet och osäkerhet, hvarjämte kommitterade befara, att det ej i alla länen skulle blifva lätt att erhålla läkare, förfarna i rättsmed. obduktioner och villiga att åtaga sig dylikt förordnande. — Den ökade kostnaden för statsverket i och för förste provinsialläkarnes traktaments- och resekostnader, ifall dessa läkare skulle blifva obduktionsförrättarne, är, för så vidt jag rätt kunnat fatta kommittéens mening (sid. 51 —53) icke särskildt uppgifven för dessa läkare, utan synes den därstädes angifna ökade kostnaden äfven innefatta kostnaden i traktaments- och reseersättning för de föreslagna obduktionsbiträdena. Emedan förste provinsialläkarne i de flesta länen bo föga centralt, skulle, enligt min tro, rese- och traktamentskostnaderna för förste provinsialläkarnes rättsmedicinska obduktioner komma att blifva ungefär dubbelt så stora som de kostnader i detta hänseende, hvilka staten för närvarande utbetalar, eller, om jag utgår från förhållandet åren 1903 och 1904 2 × 5,000 kronor; alltså den ökade kostnaden 5,000 kronor (se betänkandet sid. 53). Härtill kommer den för de två tillförordnade extra obducenterna i Stockholms och Malmöhus län, 1,500 kronor till hvardera; alltså tillsammans 8,000 kronor ökade kostnader i förhållande till hvad som nu åtgår för dessa förrättningar.

Att kommittén haft sig förelagd en mycket svår uppgift, måste af en hvar medgifvas, isynnerhet då det gällt att finna lämpligaste svaret på frågan: Åt hvilken kategori af läkare böra obducentbefattningarna anförtros? Svaret torde icke hafva varit svårt att finna för Stockholm, Malmö och Göteborg, och kommitterade hafva också, såsom mig synes med fullt skäl, därtill föreslagit vederbörande stadsläkare. Kanhända hade en dylik åtgärd äfven kunnat — ehuru jag ej vill bestämdt förorda det — föreslås (utan skada för rättsmedicinen) för några andra af våra större städer med många obduktioner, exempelvis *Karlskrona* med 83 obduktioner under de i ofvannämnda tabeller upptagna 16 åren, eller i medeltal pr år 5,2, *Halmstad* med 57 obduktioner under sagda tid, eller i medeltal pr år 3,6, *Helsingborg* med 41 obduktioner under sagda tid eller i

medeltal pr år 2,6. Till jämförelse med dessa tal förtjänar påpekas, att medeltalet obduktioner i Malmö under dessa år ej varit större än 8,2. Således ej synnerligen mycket större än i Karlskrona. Har kommittéen sålunda framkommit med ett godt förslag rörande obduktionsförrättare i hufvudstaden (samt i Göteborg och Malmö) har enligt min och många andra läkares mening kommittéen varit mindre lycklig i valet af utväg härutinnan för landsorten. Såsom ofvan sagts, har kommittéen ansett, att befattningen såsom länets rättsläkare bör som tjänsteplikt åläggas förste provinsialläkaren. Orsaken hvarför kommitterade fallit på den tanken (»upptagit tanken», som det heter i motiveringen), att förste prov.-läkaren skulle vara länets rättsläkare, synes enligt kommitterades egen förklaring hafva varit den, att förslag väckts, att dessa tjänstemän skulle befrias från sjukvård och att de ej hädanefter skulle vara provinsialläkare i dem tilldelade särskilda distrikt, hvadan de således blefve befriade från en hel del göromål och därför, enligt kommitterades mening, kunde medhinna de rättsmed. obduktionerna. Det är således på premissen: befrielse från sjukvård och provinsialläkaredistrikt, som kommitterade dragit sin slutsats, att förste prov.-läkaren medhinner att förrätta länets alla rättsmed. obduktioner. Men nu har kommittéen för omreglering af Sveriges provinsialläkaredistrikt, hvars betänkande utkommit i tryck, för ej mindre än 8 af Sveriges län föreslagit, att förste prov.-läkaren skulle som hittills vara provinsialläkare i honom anvisadt distrikt och följaktligen vara skyldig att därstädes meddela enskild sjukvård och verkställa alla de förrättningar, som tillkomma prov.-läkare. Som detta förslag kan antagas hafva varit kommittéen för revision af stadgandena för rättsmedicinska undersökningar bekant, enär båda dessa kommittéer enligt Kungl. Maj:ts beslut skulle i vissa frågor samarbeta, så förefaller det egendomligt, att man i betänkandet ej finner något förslag, huru det skall med de rättsmedicinska obduktionerna förfaras i de län, där förste prov.-läkaren tillika skulle såsom nu vara provinsialläkare. Det måste sålunda vara kommitterades mening, att förste prov.-läkaren äfven i dessa län skulle vara den, som hade att förrätta de rättsmed. obduktionerna, oaktadt villkoret för, att sådant vore möjligt i dessa län, bortfallit. Då jag nu skall söka visa olämpligheten af att förste provinsialläkaren skall få sig ålagdt att vara rättsläkare för länet, har jag sålunda att taga hänsyn till 1:mo förhållandet i sådana län, där förste provinsialläkaren som hittills tillika skall vara provinsialläkare och 2:do förhållandet i de län, där s. k. självständige förste provinsialläkarebefattningar skola införas, m. a. o.

där förste prov.-läkaren är befriad från enskild sjukvård och där han ej tillika skall vara provinsialläkare.

Hvad den *första gruppen* af förste prov.-läkare beträffar, så *medhinna* dessa tjänstemän icke att förrätta länens alla rättsmedicinska obduktioner. Om, såsom det antages af provinsialläkaredistriktskommittén, det är riktigt, att en rättsmedicinsk obduktion med utarbetande af utlåtande, protokollsafskrifning m. m. kräfver 3—4 dagar (se dess betänkande sid. 12), så skulle t. ex. för *Blekinge* län (ett af de 8, där förste prov.-läkaren tillika skulle vara provinsialläkare), med ett medeltal obduktioner af 19,06 pr år, härtill erfordras ej mindre än 57 till 76 dagar, alltså 2—3½ månader, för *Hallands* län (äfven ett af de 8), med ett årligt medeltal obduktioner af 18,25, nästan lika lång tid eller 54 till 73 dagar, för *Uppsala* län 36 till 48 dagar. Det är omöjligt för en första provinsialläkare att afsätta så lång tid af året för rättsmedicinska obduktioner, en läkare hvars tid är fullt tagen i anspråk med de åliggande, han har i egenskap af såväl provinsial- som förste provinsialläkare. Jag ber att i korthet få påpeka en del af dessa åligganden. Han har att utarbeta sin *årsberättelse*, hvartill kräfves vida längre tid än hvad som i provinsialläkaredistriktskommitténs betänkande är antydt: »flera veckors arbete». Jag påstår, att, om icke förste provinsialläkaren anser sig ha råd att hålla skrifbiträde, — hvilket i alla händelser ej mycket afkortar tiden, emedan det mesta och mest tidsödande arbetet är af beskaffenhet att ej kunna anförtros åt någon annan — att utarbetandet af årsberättelsen i de allra flesta länen kräfver en tid af flera månader. För att medhinna att få årsberättelsen färdig till den sista april fordras, att förste prov.-läkaren redan i början af februari månad påbörjar berättelsen om egen tjänsteverksamhet. I förening med den mängd expeditioner, som då pläga hopa sig, kräfves härtill hela februari månad. Hela mars månad går åt dels till utarbetande af sammandrag af de då inkomna berättelserna från stadsläkarne och hälsovårdsnämnderna, hvilka senare åtminstone i län med många städer och andra samhällen, där hälsovårdsstadgan för rikets städer tilllämpas, numera fordra mycket arbete, och dels till affattande af årsberättelsen om hälso- och sjukvården i provinsialläkaredistriktet, hvilken berättelse bör vara färdig den 1 april. Under hela april månad har förste provinsialläkaren ett mycket ansträngande arbete, hvarvid ofta natten måste tagas till hjälp, och under hvilken tid intet annat kan medhinnas, med att utarbeta sammandragen af årsberättelserna från provinsial-, extra provinsial-, sjukstugu-, bad-, fängelse- och järnvägsläkarnes m. fl:s årsberättelser, korrekturläsning m. m. Sålunda är under

hela 3 månader förste provinsialläkarens tid åtminstone i de flesta länen helt och hållet upptagen med utarbetande af årsberättelsen samt sådana expeditionsgöromål, hvilka ej kunna uppskjutas. .— *Inspektionerna* i länen kräfva ju mycket olika lång tid. Endast i Gottlands län kunna de medhinnas på 3 veckor. I de öfriga länen åtgå från 5 till 14 veckor för själfva reseturen. Sedan kommer utarbetandet af reseberättelsen. Enligt provinsialläkaredistriktskommitténs betänkande torde därför åtgå »2 till 4 veckor», hvari då medräknas den tid, som åtgår för affattandet af skriftliga promemorior och erinringar till hälsovårdsmyndigheter med anledning af inspektionerna, hvilka skrifvelser i allmänhet ej kunna vara blott utdrag ur inspektionsberättelsen, utan ofta måste vara mycket mer detaljerade. Inspektionsberättelserna jämte dessa skrifvelser erfordra helt visst en tid af minst 1 månad. Stundom måste en stor del af semestern användas för dessa skrifgöromål jämte andra dithörande, såsom uppsättande af skrifvelser till Konungens Befallningshafvande med anmälan om sådana sanitära missförhållanden, hvarå rättelse ej kunnat vinnas genom hänvändande till hälsovårdsmyndigheterna. — I många län förordnas förste prov.-läkaren af Konungens Befallningshafvande att verkställa alla i länet förekommande *läkarebesiktningar å minderåriga* vid arbetsplatserna, hvilka förrättningar äro mycket tidsödande. — Förste prov.-läkaren har därjämte ofta att utarbeta *utlåtanden och yttranden*, hvilka mången gång kräfva långa förarbeten och studier. — Ofta utses förste prov.-läkaren af landstingen till *ledamot i kommittéer* rörande länets hälso- och sjukvård, i hvilka kommittéer han väl i regel blir ordförande och den som har att affatta betänkandena, hvilka mången gång erfordra mycket arbete och vålla tidsförlust.

Utom allt detta skall han ansvara för *hälso- och sjukvården i eget provinsialläkaredistrikt*, företaga tjänsteresor för akuta infektionssjukdomar, besöka de i enskildt hem inom distriktet vårdade sinnessjuka och idioter, om hvilka han icke vet, att vården är tillfredsställande, med ett ord alla de göromål, som tillkomma provinsialläkarne. Som hans aflöning och tjänstgöringspenningar icke i allmänhet räcka till för eget och familjens uppehälle, har han ej råd att alltid, då han är förhindrad, till företagande af vissa af dessa tjänsteresor anmoda biträdande provinsialläkaren. Till enskild praktik, som dock vore för hans ekonomi välbehöflig, blir ej mycken tid. Och man torde kunna gifva provinsialläkaredistriktskommitténs reservanter rätt i sitt yttrande: »— — — flera af förste provinsialläkarne hafva därför nödgats afstå från enskild praktik, eller ock har praktiken efter hand aftagit och gått ifrån dem till följd af de ständiga

afbrott, resorna och hälsovårdsgöromålen medföra, samt den ovana vid läkarepraktik, som däraf vållas». Men härmed äro förste provinsialläkarens åligganden ingalunda slut; af utrymmes skäl måste jag dock inskränka mig till, hvad jag redan anfört, under hänvisning till provinsialläkaredistriktskommittéens betänkande, där dessa läkares mångskiftande göromål ganska utförligt skildras (sid. 5—12). Själf tror jag, att jag anfört nog för att öfvertyga de flesta af mina ämbetsbröder, att *dessa* förste provinsialläkare ej kunna medhinna att vara länens rättsläkare, om man icke vill äfventyra, att deras egentliga kall: allmänna hälsovården åsidosättes och hela syftet med förste provinsialläkareinstitutionen förfelas.

Äfven beträffande de län, hvilka enligt provinsialläkaredistriktskommittéens förslag skulle få åtnjuta förmånen att erhålla *förste provinsialläkare, befriade från enskild sjukvård* och andra provinsialläkaregöromål, torde med fog kunna hysas betänkligheter mot den föreslagna anordningen. Intet annat positivt skäl än att dessa läkare blefve befriade från att vara provinsialläkare och från obligatorisk sjukvård synes kommitterade hafva framlagt såsom stöd för sin åsikt, att förste provinsialläkaren genom denna minskning i arbete skulle hafva tid att verkställa länets alla rättsmedicinska obduktioner, och sålunda vara den tjänsteman, som lämpligen borde vara länets rättsläkare. Det synes mig, som om de ärade kommitterade i denna del bort vidlyftigare motivera sitt förslag och påvisat, att det nya arbete, som skulle påläggas dessa förste provinsialläkare, vore mindre tidsödande och ansträngande än det, hvarifrån de blefve befriade, om provinsialläkaredistriktskommittéens förslag vinner kungl. maj:ts och riksdagens gillande. Orsaken, hvarför förste provinsialläkaren — enligt nyssnämnda kommittés förslag beklagligtvis endast i somliga af Sveriges län — skulle befrias från ofvannämnda tjänsteåligganden, är alla Sveriges läkare bekant. Förste provinsialläkarne hafva enhälligt förklarat vid sammanträde inför kungl. medicinalstyrelsen, att de år efter år sig alltmer ökande tjänstegöromålen nödvändiggöra en reform i den riktningen, att förste provinsialläkarne befriades från skyldigheten att utöfva läkarepraktik m. m., så att de kunde till länets fromma få helt och odeladt ägna sig åt den viktiga verksamhet, för hvilken tjänsten inrättats: den allmänna hälso- och sjukvården. Och provinsialläkaredistriktskommittéen har tagit hänsyn till dessa önskemål. En ljusglimt af hopp om bättre tider för den allmänna hälsovården skönjdes sålunda — om också blott för en del af Sveriges län. Men så kommer nu rättsmedicinska kommittéen med sitt förslag att ge dessa läkare en helt annan sysselsättning i stället för praktik. Denna syssel-

sättning: verkställandet af alla rättsmedicinska obduktioner skulle i flera län taga från förste provinsialläkaren nästan lika mycket tid, som det arbete, han förut måst nedlägga på skötandet af sitt provinsialläkaredistrikt. Härtill kommer, att dessa förrättningar äro mycket ansträngande och besvärliga; och emedan de därjämte äro mycket maktpåliggande och rättsläkarens uppgift är synnerligen viktig och ytterst ansvarsfull, så torde ingen kunna bestrida, att uppdraget, som t. ex. för Skaraborgs län med ett medeltal obduktioner af 22 pr år skulle kräfva en tid af 66 till 88 dagar, således $^1/_5$—$^1/_4$ år, skulle i hög grad inkräkta på förste provinsialläkarens egentliga verksamhetsområde och att med reformen om inrättandet af s. k. självständiga förste provinsialläkaretjänster intet vore vunnet. Af dessa och dessutom af flera bland de skäl, som jag ofvan vidrört ifråga om de län, där förste provinsialläkaren tillika skulle vara provinsialläkare, anser jag, att innehafvarne af dessa självständiga förste provinsialläkarebefattningar ej *medhinna* att vara rättsläkare. Och om det i något län medhunnes, så skulle det ske till förfång för allmänna hälsovården — lika mycket som enskild »praktik måste blifva till skada för förste provinsialläkarens verksamhet i den allmänna hälso- och sjukvårdens tjänst» (yttrande af provinsialläkaredistriktskommittéens läkarereservanter). Men icke blott därför att den nya sysslan skulle blifva till hinder för förste provinsialläkarens verksamhet som allmänna hälsovårdens målsman i länet, äfven af andra skäl bör icke rättsläkarebefattningen åläggas denne tjänsteman. Då ju meningen är, att förste provinsialläkare af denna kategori hädanefter i hufvudsak icke skulle syssla med sjukvård, hvarifrån ämbetets allehanda göromål i hvilket fall som helst skulle hindra honom, kan sättas i fråga, om han är *lämplig* att blifva förrättare af de rättsmedicinska obduktionerna. Åtminstone kan han väl antagas icke vara därtill så skickad som t. ex. en provinsialläkare, hvilken genom praktisk läkareverksamhet kunnat underhålla sitt rent medicinska vetande. Ty det kan väl icke bestridas, att en läkare, som icke ägnar sig åt enskild sjukvård, skall i samma grad kunna äga förutsättningar för bedömande af patologiskt-anatomiska företeelser vid sektioner, som den, som ägnar sig däråt. I samma mån som han aflägsnar sig från sjukvård, i samma mån kommer han att — emedan han ej är i tillfälle att företaga vanliga obduktioner — blifva allt mer oskicklig i att bedöma obduktionsföreteelsernas samband med sjukdomarne, hvilket måste anses vara nödvändigt äfven för rättsläkaren, emedan det ju ej så sällan inträffar vid de rättsmedicinska obduktionerna, att dödsorsaken befinnes vara en sjukdom. Om han vore aldrig så skicklig att förrätta rättsmedicinska obduktioner,

förstode aldrig så väl att bedöma de patologiskt-anatomiska företeelserna vid förgiftningar, inre och yttre skador m. m. samt alla andra, om jag så får uttrycka mig, rent rättsmedicinska dödsorsaker, så förefinnes väl knappast något tvifvel om, att han icke desto mindre skulle vara föga ägnad att vara rättsmedicinsk obducent, emedan en sådan måste äga förmåga af ett allsidigt bedömande af iakttagelserna vid obduktionsbordet.

Jag behöfver icke påpeka, att häri icke kunna inbegripas specialisterna på detta område, såsom lärarne vid våra medicinska undervisningsanstalter m. fl., hvilka nedlagt årslånga studier på sin utbildning, och hvilka ej kunnat blifva framstående rättsmedici utan stora patologiskt-anatomiska kunskaper.

Jag har sålunda sökt visa, att förste provinsialläkarne icke böra vara länens rättsmedici. Jag vore glad, om jag kunde blifva öfverbevisad om, att jag härutinnan tagit fel, ty det vore onekligen en ekonomisk vinst för staten, om det rättsmedicinska arbetet kunde anförtros åt förste provinsialläkarne, *ty någon särskild aflöning för dessa förrättningar har för förste provinsialläkarne ej föreslagits.* (Forts.)

(Insändt.)

Förslaget till ändring af läkartaxan.

I tidningens n:r 42 påbördar Hr Åberg mig en tolkning af § 7 mom. 2, som jag icke är villig vidkännas. Jag skulle nämligen velat gifva samma § sådan tolkning, att arfvodet för hela resetiden skall *lika* fördelas mellan alla sjuka, som under kombinerad resa besökas.

Hr Å. skall emellertid i mitt inlägg förgäfves söka stöd för dylik tolkning. Däremot har jag framhållit, att § 7 mom. 2 enl. ordalydelsen skulle kunna så tolkas, att ersättning för kombinerad resa skall utgå för hela den tid, som för densamma åtgått, att å de olika anlitande fördelas *proportionsvis* efter för hvarje särskildt besök använd tidsdel.

Emellertid vill jag visst icke bestämdt hålla på, att detta är den *rätta* tolkningen, fastmer har jag ju påvisat, att annan tolkning är tänkbar; men just den omständigheten, att dess affattning lämnar rum för olika tydningar är klart skäl för behofvet af omredigering.

Den af Hr Å. omnämnda »under 2 förekommande förtydligande noten», som är ett ordagrant citat ur Provinsialläkarkommitténs motivering, erkännes villigt innebära hänvisning till, att den af Hrr Nyblin och Åberg förfäktade tolkningen kan vara den rätta. Emellertid har Hr Å. härvid begått ett misstag, då han framhåller, att »den först anlitande får vidkännas ersättning för den tid, som för fram och återresa åtgått». Hans ersättningsskyldighet sträcker sig naturligtvis icke utöfver den stund, då nästa person hämtar, hvilket kan inträffa redan vid den förstas hem; att den först hämtande alltså visst icke gifvetvis måste vidkännas den *största* utgiften, som Hr Å. vill anse, är uppenbart. Så svårtillämpad har jag ansett denna § vara och ofta innebärande sådana olägenheter, att jag själf under dess gångna 17 tilllämpningsår aldrig förmått följa dess föreskrifter (detta erkännande må innebära tjänstefel!), utan har jag vid dylika samstötande resor

städse i de enskilda fallen låtit ersättningen utgå än efter tid, än efter afstånd, allt efter som jag ansett för mig och för den sjuke lämpligast och rättvisast.

Men när berörda bestämmelse alltså icke kan efterlefvas, och då dess affattning icke utesluter möjlighet för sådan tolkning, att arfvodet blifver oskäligt lågt, då bör den ock undergå klar omredigering, eller helst: bort med § 7 mom. 2!

Den 20 okt. 1907. *E. O. Nordenadler.*

Hvarjehanda notiser.

Apoteksväsendets ordnande. Sedan Kungl. Maj:t befallt medicinalstyrelsen att yttra sig öfver den riksdagsskrifvelse, hvari hemställdes om allsidig utredning angående apoteksväsendets ordnande vid 1920 års utgång, har styrelsen under innev. månad afgifvit utlåtande i ärendet. Enligt detta utlåtande anser medicinalstyrelsen, att med utredningen borde anstå fem eller sex år, och hemställer att frågan, vare sig den nu eller först längre fram tages under behandling, öfverlämnas till en kommitté af fem resp. sju personer, hvaraf en läkare, två apotekare och två eller fyra i ekonomiska och borgerliga frågor förfarna personer.

Öfningen af värnpliktige medicinare. K. m:t har befallt, att marinläkaren af första graden C. J. A. Kjellberg skall omkring den 1 nästkommande december afresa för att utomlands på platser, som marinöfverläkaren äger bestämma, under december månad innevarande år studera huru värnpliktiga medicine studerande öfvas.

Offentliga underrättelser.

Ledlga tjänster:

[1]) betecknar. att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) at ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
En civil läk.-stip.-befattn.[2])	2 dec.
En distr.-läk.-tj. i Göteborg (ledigförklarad på grund af ny treårsperiod; ansökan till Hälsovårdsnämnden)	3 dec.
Stadsläk.-tj:n i Säter (tillträdes 1 jan., lön: 800 kr.; sökes hos magistraten)	5 dec.
Prov.-läk.-tj:n i Sundsvalls distr.[1])	7 dec.
Förste stadsläk.-tj:n i Halmstad (lön: 4,000 kr. jämte två ålderstillägg à 500 kr.; sökes hos magistraten)	7 dec.
Stadsläk.-tj:n i Vaxholm (sökes hos magistraten)	7 dec.
Amanuensbefattn. v. Lunds hosp.[3]) löneförmåner: 2,000 kr. jämte bostad och kost)	9 dec.
Extra prov.-läk.-tj:n i Jockmocks distr.[2]) (distr. omfattar Jockmocks socken med Kvickjocks kapell af Norrbottens län; invånare den 1 jan. 06: 5,220: löneförmåner: 3,000 kr. + fri bostad)	16 dec.
Sex underläk.-tj:r v. garnisonssjukhuset i Stockholm[2]) (att innehafvas 1 jan.—30 juni 1908)	16 dec.
Underläk.-tj:n v. Kristinehamns hosp.[3]) (tillträdes 1 jan.)	18 dec.

Extra prov.-läk.-tj:n i Grundsunda distr.[7]) (*nyinrättadt; distr. omfattar Grundsunda kommun i Västernorrlands län med station i Husums by; lön: 2,800*) 21 dec.
Extra prov.-läk.-tj:n i Väddö distr.[1]) (ledigförklarad på grund af ny *treårsperiod*) 21 dec.
Hospitalsläk.-tj:n i Vadstena[8]) (*nyinrättad*) 23 dec.
Hosp.-läk.-tj:n i Vänersborg[8]) (d:o) 23 dec.
Hosp.-läk.-tj:n i Kristinehamn[8]) (d:o) 23 dec.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Jämshög[1]) (pensionsafgift 250 kr.) 7 dec.
Apoteket i Storvik[1]) (pensionsafgift 800 kr.) 7 dec.

Lediga resestipendier:

Resestipendier å högst 500 kr. under 1908 för 1:e prov.-, prov.- extra och bitr. prov.- samt stadsläkare[1]) 31 dec.
Resestipendier å högst 500 kr. under 1908 för ordinarie läkare vid länslasarett och därmed likställda sjukhus[1]) 31 dec.
Ett resestipendium å 500 kr. för vid rikets hospital och asyler anställda läkare[1]) 31 dec.

Af Med.-styr:n utnämnda och förordnade:

Till fältläk.-stip. 1:a kl.: kand. *C. O. L. Bengtsson.*

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Reg:tsläkaren vid Dalreg:tet m. m. *J. T. Winbladh* (22 nov.).
Järnvägsläk. (Ånge—Ljusdal—Delsbo) *F. A. Lindstein* (30 nov.)

Sökande:

Reg:tsläk.-tj:n v. Boden—Karlborgs art:r:te (i ord. efter tj:år): bat.-läkarna Sjöstrand (Bodens ing.-kår) och Nordlander (Västernorrl. r:te).
Extra prov.-läk.-tj:n i Enångers distr. (i ordn. efter tj:år): civ. stip. V. Sterner, Åsele, lic. Lamb. Ericson, Lysekil, bitr. prov.-läk. Egerström, Uppsala, och las.-underläk. Forssman, Linköping.
Extra prov.-läk.-tj:n i Malå distr.: lic. Nic. Pihlström.
Extra prov.-läk.-tj:n i Ljugarns distr.: civ.-stip. Vilh. Sterner.
En marinläk.-stip.-befattn.: kand. L. Widner.
Prov.-läk.-tj:n i Skogs distr.: (i ordn. efter tj:år): prov.-läk. Melén i Hede, extra prov.-läkarna Lundgren i Älfsby, Behrman i Kungsör och Cullberg i Ullared.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *G. Sahlström* t. f. ex. prov.-läk. i Enångers distr. fr. 21 nov. (v).
Lic. *H. Welin* t. f. asylläk. i Malmö 20 nov.—4 dec. (t).

Döda:

Provinsialläkaren i Nysätra distrikt, medicine licentiaten *Knut Gustaf Frithiof Essén* afled den 22 dennes vid 44 års ålder.

F. d. fältläkaren, medicine licentiaten och kirurgie magistern m. m. *Knut Abel Sigfrid Dillner* afled i Stockholm den 22 dennes, 77 år gammal.

Innehafvaren af apoteket Phœnix i Nyköping *C. E. Lennmalm* afled den 16 dennes vid 78 års ålder.

F. d. provinsialläkaren, medicine licentiaten *Jakob Frithiof Kinberg* afled i Stockholm den 26 dennes 75 år gammal.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 6 december 1907.

4:e årg.	Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER.	N:o 49.

Innehåll: P. SÖDERBERG: I anledning af förslag till ändring af obduktionsstadgan. — IVAR SÖDERHOLM: Pylorusstenos, behandlad med thiosinamininjektioner. — ERNST GÖRANSSON: Medicinalstyrelsen och frågan om familjevård för sinnessjuka. — ALFRED PETRÉN: Medicinalstyrelsens senaste beslut i fråga om familjevård för sinnessjuka. — Kommunala läkare-arvoden. — Psykiatriska föreningens årsmöte. — Periodisk litteratur. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser. — Epidemiöfversikt.

Några reflexioner med anledning af vissa delar i det betänkande, som kommittéen för verkställande af revision af de för rättsmedicinska undersökningar gällande stadganden till Kungl. Maj:t afgifvit.

Af förste provinsialläkaren **Pontus Söderberg.**

(Forts. och slut fr. n:r 48).

Har det ej varit svårt att påvisa olämpligheten af att förste prov.-läkarne åläggas att vara länens rättsläkare, så är det så mycket svårare att framkomma med ett förslag rörande hvilka läkare eller rättare hvilken grupp af läkare, som lämpligen borde tilldelas denna befattning. Såsom ofvan sagts, hafva flera förslag, utom det af kommittén förordade, framträdt och pröfvats af kommittéen utan att emellertid hafva kunnat af denna antagas. Jag vill här i korthet ägna några ord åt dem. A) *Förslaget om anställande af särskilda rättsläkare med stora distrikt utan annan statstjänst.* Jag har ofvan uppgifvit de omständigheter, på grund af hvilka kommitterade förkastat detta för rättsmedicinen erkändt bästa förslag. Såsom viktigast af dessa omständigheter torde kommitterade hafva betraktat de därmed förknippade stora kostnaderna. Detta är väl också det enda antagliga skälet. Ty den omständighet t. ex. att en

ny klass ämbetsmän därigenom komme att tillskapas torde väl i och för sig ingenting betyda. Det hade varit högeligen intressant, om kommitterade i betänkandet angifvit, huru många sådana rättsmedici, enligt kommitterades mening, varit nödvändigt att anställa, huru stor fast aflöning skäligen hade bort för dem bestämmas m. m., på det man hade kunnat bilda sig en föreställning om det ungefärliga belopp, dessa tjänstemän årligen skulle hafva kostat staten. För kommitterade, som äro i besittning af större utredningsresurser än som kan vara förhållandet hos en enskild person, hade det nog ej varit några större svårigheter att beräkna, t. ex. huru många obduktioner i medeltal pr år med hänsyn till kommunikationer, areal och folkmängd etc. skulle medhinnas af en sådan tjänsteman. Äfven om kommitterade ej kunnat anse förslaget antagligt, så hade en dylik utredning nog kunnat vara på sin plats, emedan en hvar då lättare kunnat öfvertyga sig om, att förslaget vore oantagligt, hvilket det måhända är.

Om man tänkte sig, att dessa tjänstemäns tjänstgöringsområden fördelades på följande sätt:[1])

En obducent för Malmöhus och Hallands län, ...	medeltal	obduktioner	pr	år	46
En obducent för Kristianstads och Blekinge län	»	»	»	»	37
En obducent för Smålands tre län och Gottland (??)	»	»	»	»	38,8
En obducent för Östergötlands och Skaraborgs län	»	»	»	»	42,3
En obducent för Älfsborgs och Bohuslän	»	»	»	»	37,5
En » » Värmlands, Örebro och Västmanlands län	»	»	»	»	33,8
En obducent för Stockholms o. Södermanlands län	»	»	»	»	47
En obducent för Uppsala, Gäfleborgs och Kopparbergs län	»	»	»	»	40,1
En obducent för Jämtlands och Västernorrlands län	»	»	»	»	30,4
En obducent för Västerbottens län ...	»	»	»	»	10
En » » Norrbottens län	»	»	»	»	9

och hvar och en erhölle en lön lika med provinsialläkarnes enligt förslaget till nya regleringen eller 3,000 kronor i lön och 1,000 kronor i tjänstgöringspenningar med tvänne ålderstillägg à 500 kronor efter resp. 5 och 10 år, så skulle för dessa tjänstemän erfordras en begynnelselön af tillsammans 44,000 kronor och efter 10 års tjänstgöring 55,000 kronor, hvarjämte resekostnads- och traktamentsersättning måhända

[1]) Denna gruppering gör ej anspråk på att vara den ändamålsenligaste.

komme att blifva dubbelt så stor som den, som skulle utgå till förste provinsialläkarne enligt kommitténs förslag. Det synes sålunda som om detta för rättsmedicinen bästa förslag vore för dyrt.

B) Om sålunda förslaget, att förste prov.-läkaren skulle åläggas att vara obduktionsförrättare är oantagligt och anställandet af särskilda rättsmedici med stora distrikt för dyrt, så återstår knappast mera att tänka på än *förslaget, att dessa befattningar skulle tillsättas på förordnande af K. medicinalstyrelsen* (jämte ett annat förslag, hvarom jag kommer att tala längre ner). Denna princip hafva ju kommitterade själfva icke alldeles ansett vara förkastlig, enär de ansett sig böra förorda en sådan utväg för Stockholms och Malmöhus län, för hvilka de föreslagit anställandet af en af nämnda myndighet tillförordnad läkare för hvartdera länet med ett årligt arvode af 1,500 kr. för hvardera att jämte vederbörande förste prov.-läkare verkställa de rättsmed. obduktionerna. De tjänsteläkare, med hvilka jag härom samtalat, anse i likhet med mig, att denna anordning bör utsträckas till alla länen med undantag af, att befattningen ej bör tillkomma förste prov.-läkaren, och äro äfvenledes i likhet med mig öfvertygade om, att det ej i något län skulle möta ringaste svårighet att till dessa befattningar erhålla aspiranter. Helt säkert skulle i hvarje län finnas tillgång på läkare, »förfarna i rättsmedicinska obduktioner och villiga att åtaga sig förordnande att vara obduktionsförrättare», t. o. m. för ett fast arvode, mindre än det kommitterade föreslagit för nyssnämnda båda län. Likaväl som förste prov.-läkarne äro dessa i tillfälle att utan alltför stor kostnad och tidsförlust vid Karolinska institutet inhämta de insikter i rättsmedicin utöfver dem, som förvärfvas för medicine licentiatexamen, hvilka kommitterade uppställt som kompetensvillkor för förste prov.-läkarebefattning. Kommitterade anse, att rättsläkareinstitutionen, om tjänsteinnehafvaren skulle vara förordnad tills vidare, i denna del skulle erhålla karaktär af tillfällighet och osäkerhet. Jag tror ej, att sådant behöfver befaras. Det finnes andra tjänstebefattningar i Sverige, hvilkas innehafvare tillsättas på förordnande, utan att däraf någon som helst olägenhet försports. Som exempel härpå kunna nämnas rektorsbefattningarna vid alla våra elementarläroverk. Det plägar ju snarare anses som förmånligt ett sådant förordnande på viss tid, emedan man under dylika förhållanden kan för tjänsten påräkna unga och kraftiga personer, hvilka nog komma att behöfvas för de besvärliga förrättningar, hvarom här är fråga. Man torde väl kunna antaga, att dessa platser på detta sätt blefve besatta med större förmågor, än hvad som skulle blifva händelsen, om

befattningarne tilldelades förste provinsialläkarne, hvilka antagligen ej någonsin komma att tillsättas med uteslutande och knappast med hufvudsakligt afseende på deras kompetens som rättsläkare; åtminstone har man anledning hoppas, att dessa platser komma att tillsättas med i första rummet fäst afseende på deras hygieniska utbildning och deras ådagalagda skicklighet på allmänna hälsovårdens område. Det torde ej vara svårt att afgöra, huru kostnaderna för staten ungefär skulle ställa sig, om denna utväg valdes. Efter hvad jag hört uttalas af kolleger och enligt min egen öfvertygelse, skulle man ej behöfva sätta arvodet högre än 1,200 kronor. Till och med skulle detta kunna bestämmas till 1,000 kronor i några län, där obduktionernas antal under en längre följd af år visat sig vara litet, såsom i Gottlands, Uppsala, Södermanlands, Jönköpings, Kronobergs och Västmanlands län. Oftast blir det väl provinsial- och extra provinsialläkare, som komma att söka befattningen i fråga, hvadan detta arvode för dem kommer att utgöra en välbehöflig ökning i deras, i jämförelse med andra tjänstemäns ovanligt låga löner. Men för att äfven andra läkare än tjänsteläkare skola kunna täfla om dessa befattningar — hvilket kan vara för rättsmedicinen af betydelse — så blir nödvändigt, att innehafvarne af dem få åtnjuta förmånen att därför räkna tjänstemeriter och tjänsteår i likhet med civila läkare i statens tjänst. För att beräkna den kostnad, dessa befattningar skulle årligen medföra för staten, är naturligtvis nödvändigt att utreda, huru många sådana obducenter äro för landet nödvändiga. Jag tror, att *en* sådan befattning är nödvändig i hvarje län, med undantag af Stockholms och Malmöhus län, där 2 torde vara erforderliga, alltså samma antal tjänstemän som enligt kommitténs förslag skulle vara behöfliga. Att inskränka antalet ännu mera och gifva obducenterna större distrikt, är ej tillrådligt, enär obducenterna, ifall dessa befattningar undantagsvis blefve privatpraktiserande läkare tilldelade, måste för sin existens påräkna inkomst af enskild praktik och således måste lämnas tid öfrig till utöfvande af sådan. Kostnaderna för staten pr år (förutom rese- och traktamentskostnader, hvilka blefve ungefär desamma som vid fråga om kommitterades förslag) skulle alltså blifva

för 2 obduc:r i hvartdera af Sthlms o. Malmöh. län	(à 1,200)	4,800 kr.
för 1 » » » » ofvannämnda 6 län......	(à 1,000)	6,000 »
för 1 » » » » återstående 16 län......	(à 1,200)	19,200 »
	Summa	30,000 kr.

Detta förslag kommer emellertid ej att för staten medföra mer än 18,900 kronor större årlig utgift än kommitténs, emedan

man vid jämförelse mellan de olika förslagens kostnader måste ifrån dessa 30,000 kronor draga dels de 10,500 kronor, som skulle erfordras till obduktionsbiträdena, hvilka enligt min och flera andra läkares mening äro onödiga, samt de 600 kr., hvarmed det af kommittén föreslagna arvodet för extra obducenterna i Stockholms och Malmöhus län öfverskjuter ofvanstående arvode för samma tjänster (3,000—2,400). — I händelse en provinsial- eller extra provinsialläkare blir utsedd till obducent, så bör det på lämpligt sätt vara sörjdt för, att sjukvården i distriktet såväl den allmänna som den enskilda blir tillgodosedd, under det denna är stadd på obduktionsresa. Det är därför af vikt, att denna befattning endast tilldelas sådana provinsial- eller extra provinsialläkare, som äro bosatta å ort, där flera läkare finnes att tillgå. Det är ej brist på sådana platser (i fråga om provinsialläkare), och det torde därför ej vara förenadt med ringaste svårighet för befolkningen inom distriktet att erhålla läkarhjälp under provinsialläkarens bortovaro för obduktionen. Äfven beträffande företagandet af sådana tjänsteresor för akut infektionssjukdom, hvilka icke kunna uppskjutas till prov.-läkarens återkomst, torde det ej heller, ehuru ingen privatläkare därtill kan åläggas, praktiskt sedt, möta några svårigheter; ty man torde nog knappast behöfva befara, att icke hvilken praktiserande läkare som helst gärna åtager sig en dylik tjänsteresa, enär han därför erhåller större honorar, än han skulle hafva erhållit, om han privat anlitats, i hvilket fall han ju varit moraliskt förpliktad att företaga resan. Men enär ett sådant fall är tänkbart, att läkaren vägrar resa, så torde det vara lämpligt, att det bestämdes, att en provinsialläkare (eller extra provinsialläkare) vid sin ansökan till en obducentsyssla fogar ett skriftligt åtagande från en närboende läkare, att denne *dels* är villig att mot den för provinsialläkare bestämda traktaments- och reseersättning på anmodan af obducenten, då denne vore af obduktion förhindrad, företaga sådan tjänsteresa, som ej kunde uppskjutas till rättsläkarens återkomst, *dels* mot den för provinsialläkare bestämda taxan meddela enskild sjukvård inom distriktet vid enahanda förhinder för tjänstens innehafvare. Att en tjänsteläkare vid förhinder öfverlåter en tjänsteresa åt en annan läkare är ingen nyhet i Sveriges medicinalförfattningar. Förste provinsialläkaren är berättigad att vid förhinder anmoda biträdande provinsialläkaren att i stället företaga dylik resa. Att obducenten medgifves en sådan rätt att till en privatpraktiserande läkare, som generellt åtagit sig uppdraget, remittera ett förordnande eller en anmodan att företaga sådan resa, torde vara att anse tämligen analogt med kommitterades förslag, att obducenten skulle kalla en (äfven

privat) läkare att närvara vid obduktionen, på grund af hvilken kallelse denne läkare, om han hörsammat den och vid obduktionen biträdt, skulle äga rätt att af staten uppbära ersättning. Antages detta förslag, så förefunnes tillräckliga garantier för att rättsmedicinens kraf fullt tillgodoses och att ändamålet med förste provinsialläkareinstitutionen ej förfelas.

C) Om förslaget icke i följd af dess förmenta olägenhet att, om det antages, rättsläkareväsendet skulle erhålla karaktär af tillfällighet och osäkerhet, kan af kommittén gillas, så torde en *modifikation däraf*, gående ut på att göra ifrågavarande befattning bunden vid en viss fast statstjänst, väl icke möta några betänkligheter från fackmännens inom kommittén eller andra fackmäns sida. *Ett sådant förslag vore, att innehafvaren af en provinsialläkartjänst i ett härför lämpligt distrikt* (möjligast centralt beläget, med goda kommunikationer och vid läkarestationen boende andra läkare) *skulle hafva till tjänsteplikt att mot ofvannämnda arvode* af 1,000—1,200 kronor i *egenskap af länets rättsläkare verkställa alla där förekommande rättsmedicinska obduktioner.* Rättsläkaretjänsten blefve sålunda bunden vid ett visst distrikt, som borde af K. medicinalstyrelsen bestämmas. Utom de vanliga tjänstemeriterna skulle sökandena till dessa provinsialläkareplatser förete intyg om ofvannämnda speciella kunskaper i rättsmedicin. Inom Stockholms och Malmöhus län skulle två dylika tjänster behöfvas. Statens årliga utgift skulle blifva densamma som vid näst föregående förslag eller 30,000 kronor. Dock tror jag, att arvodet (som kunde utgå i form af tjänstgöringspenningar) ej behöfde sättas högre än 1,000 kronor för någon obducent. I det föregående förslaget hade de 200 kronorna tillagts med tanke därpå, att privatpraktici möjligen kunde blifva rättsläkare, och att därför i distrikt med många obduktioner dessa läkare väl behöfva den lilla ökningen, enär i sådana distrikt större hinder möta för utöfning af den enskilda praktiken. I ty fall skulle inbesparas 4,000 kronor, så att statens årliga utgift blott blefve 26,000 kronor. Detta blefve sålunda endast 14,900 kronor dyrare än kommitténs. Dessutom skulle statens utgifter för traktaments- och resekostnader, enär »obduktionsdistrikten» borde ligga så centralt som möjligt, blifva mindre än om förste provinsialläkarne skulle bekläda rättsläkareplatserna, därför att förste provinsialläkarne i många af länen bo föga centralt (t. ex. i Göteborgs och Hallands län). Men äfven detta förslag har sin svaga punkt. Huru skulle det blifva tillfredsställande sörjdt för att en ej uppskjutbar tjänsteresa för akut smittosjukdom må blifva verkställd under rättsläkarens frånvaro för obduktion? Hvad jag ofvan yttrat gäller visserligen äfven här, nämligen att man,

praktiskt taget, ej behöfver befara, att såväl dylika tjänsteresor som enskilda sjukbesök blifva försummade, då andra läkare ju finnas på platsen. Men i detta fall kan ej tjänsteinnehafvaren hafva träffat förberedande anstalter till förekommande af en sådan eventualitet, utan här måste det på annat sätt vara sörjdt för, att ingen enda sådan tjänsteresa må till följd af provinsialläkarens bortovaro för obduktion försummas. Jag vågar hoppas, att K. medicinalstyrelsen skall veta att finna en utväg för detta, ifall K. styrelsen skulle finna förslaget värdt att tänka på. För min del tror jag, att af här nämnda förslag det sistnämnda och det näst föregående äro, om ej de bästa (ty det vore särskilda rättsmedici) så dock de mest antagliga. För hvad dessa förslag gifva i rättsmedicinskt hänseende kunna kostnaderna sägas vara måttliga. Skulle man endast taga hänsyn till billigheten, så vore ju kommitténs förslag om skyldighet för förste provinsialläkarna att vara länens rättsläkare (ehuru i rent rättmedicinskt hänseende det sämsta) att förorda, emedan såsom jag ofvan antydt, *intet arvode föreslagits för dem.* Orsaken hvarför kommitterade uraktlåtit detta, vet jag icke. Det ser ut, som om den tanken föresväfvat kommitterade, att den bland läkare allmänt utbredda åsikten, som tagit sig uttryck i reservanternas i provinsialläkaredistriktskommitténs förslag, skulle blifva den segrande, nämligen att alla förste provinsialläkare borde förbjudas praktik och erhålla en aflöning af 7,500 kronor pr år med tvänne ålderstillägg à 500 kronor och att kommitterade ansett, att en så afsevärd löneförhöjning borde betraktas såsom innefattande äfven obduktionslön. Visserligen vore det önskvärdt, om reservanternas mening segrade, men det kan lika väl inträffa, att pluralitetens förslag vinner K. medicinalstyrelsens gillande samt K. Maj:ts och Riksdagens bifall, och i så fall är lönen så knappt tilltagen, att den som föreslagit, att dessa läkare skulle blifva länens rättsmedici, äfven hade bort föreslå något fast arvode härför. Ännu mer skulle väl så hafva bort ske beträffande de förste provinsialläkare, som icke alls enligt det nya förslaget skulle få någon ökning i årsarvode (tjänstgöringspenningar) i denna sin egenskap, nämligen i Uppsala län, Södermanlands, Kronobergs, Västmanlands och Jämtlands län. Jag kan icke här ingå på frågan, *huru mycket* kommittén hade bort föreslå; men har blott velat påpeka förhållandet, till hvilket bör tagas hänsyn, om man vill jämföra de kostnader, som de olika förslagen skulle medföra för staten.

Jag har ej alls vidrört det rent fackliga i det väl skrifna betänkandet: härtill saknar jag förmåga och hyser fullt förtroende till hvad de ärade fackmännen inom kommittén föreslagit.

Jag har endast — åtminstone till hufvudsaklig del — i denna uppsats, som svällt ut mer än jag från början tänkt, vidrört förslaget, att förste provinsialläkarne skulle blifva resp. länens rättsläkare. Det torde väl, antager jag, för kommittén vara likgiltigt, hvilken kategori af läkare därtill utsåges, om blott rättsmedicinens kraf väl tillgodoses, och om kostnaderna ej blefve så stora, att hela den välbehöfliga reformen äfventyrades. Den ledande principen i kommitténs väl genomtänkta förslag är väl dock denna: vi måste hafva ett högst väsentligt mindre antal obducenter än nu; på de blifvande rättsläkarne måste ställas högre fordringar i afseende på kunskapen i rättsmedicin; vissa förändringar i afseende på den föregående polisundersökningen erfordras äfvensom vissa andra reformer inom rättsmedicinen. Jag vill hoppas, att dessa principer — ingalunda rubbade genom förslaget om vissa detaljändringar — skola genom lag fastslås. Endast lagen om rättslig liksyn i närvaro af läkare är nog för att för långliga tider komma hvarje vän af rättsmedicinens utveckling i vårt land att tacksamt erkänna, att den är ett verk af »kommittén för verkställande af revision af de för rättsmed. undersökningar gällande stadganden» (betänkandet dagtecknadt den 1 november 1906).

Tilläggsnot till uppsatsen rörande rättsmed. obduktioner:

Någon enda gång har erfarenheten gifvit vid handen, att obducenten kunnat behöfva en annan läkares närvaro vid förrättningen. För att möjliggöra detta torde kanhända böra medgifvas *rätt* (men ej *skyldighet)* för obducenten att kalla annan läkare att närvara vid sådan rättsm. obduktion, där han anser sig behöfva dennes närvaro och råd. Detta innebär en stor skillnad i utgifter för staten i jämförelse med kommitténs förslag. — Det har mot min åsikt, att förste prov.-läkarne på grund af för liten läkarepraktik komma att blifva de minst lämpliga bland Sveriges läkare att vara förrättare af de rättsm. obduktionerna, gjorts den invändningen, att det i så fall ju vore lämpligt, om han vid obduktionen hade att tillgå en läkare, som sysslat med enskild sjukvård. Denna invändning torde kunna pareras med frågan: Hvarför skall då förste prov.-läkaren själf vara närvarande vid obduktionen, om han medgifves ej hafva nödig kompetens? — Ordnandet af de rättsmed. förhållandena i Norrland blir ej tillfredsställande hvarken genom kommitténs förslag eller genom de i min uppsats upptagna, beträffande dessa senare på den grund, att jag är för litet förtrogen med de norrländska förhållandena. Men jag är lifligt öfvertygad om, att de bättre skulle kunna ordnas på basis af dessa senare förslag än på kommitténs, och hoppas, att någon läkare från Norrland skall taga till orda i denna viktiga fråga och i Läkartidningen framkomma med sådana förslag, som äro praktiska, kunna tillfredsställa rättsmedicinens anspråk och ej förutsätta för stora kostnader för statsverket.

P. S.

Pylorusstenos, behandlad med thiosinamin-injektioner.

Af
Ivar Söderholm,
ex. prov.-läk., *Kårehogen.*

Då den kirurgiska behandlingen af pylorusstenosen ju alltid måste vara förenad med rätt stor risk och många patienter dra sig för att låta operera sig, är det invärtesläkarens rättighet och plikt att försöka om möjligt häfda denna förträngning och dess följder på intern väg. Följderna kunna ju åtminstone delvis och till någon tid hållas inom skrankorna genom diet, sköljningar och jäsningshämmande läkemedel, men härigenom påverkas ej orsaken till desamma i nämnvärd grad; denna terapi är endast symptomatisk. Förr eller senare tilltar stenosen, så att patientens tillstånd trots oafbruten behandling allt mer och mer försämras. Ektasin ökas, jäsningarna i ventrikeln ta öfverhand, och går den sjuke nu, nödd och tvungen, till operation, är det kanske för sent, krafterna för medtagna för en lycklig utgång af densamma. Önskvärdt vore därför, att invärtesläkaren vore iståndsatt att angripa ej blott symptomen af sjukdomen utan också dess rot. Jag har själf skött åtskilliga fall af pylorusstenos: de flesta ville ej höra talas om operation, utan nöjde sig med det relativt ganska stora välbefinnande, som de ernådde genom ofta upprepade magsköljningar, och af de få återstående ha tvänne dött efter gastroenterostomi. Dessa nedslående resultat, som hos mig uppväckt en liflig önskan att äga något annat behandlingssätt, ha förmått mig att försöka subkutana thiosinamininjektioner, såsom rekommenderats från tyskt håll. Jag har visserligen ännu behandlat endast ett fall, men verkan tyckes mig ha varit så frappant, att jag vill relatera sjukdomshistorien, för den händelse någon kamrat härigenom kunde föranledas till vidare pröfning af metoden.

Sjukdomshistorien är i korthet följande: fiskaren O. H., 47 år gammal, från Gullholmen. I anamnesen magsår med häftiga blodkräkningar våren 1902, samt potatorium. För öfrigt alltid frisk, tills nuvarande sjukdom började. Hösten 1906 allt mer och mer tilltagande magsymptom: aptitlöshet, plågor af maten, uppstötningar, kräkningar, äfven på fastande mage, och förstoppning. I december började uppstötningarna och kräkningarne bli stinkande. Svår afmagring och stark kraftnedsättning. Vid min första undersökning, den 14 januari i år, befanns allmäntillståndet mycket dåligt, kroppsfettet för-

svunnet, ansiktsfärgen grågul, utseendet kakektiskt, pulsen långsam och andedräkten mycket illuluktande. Curvatura major ventr. nedom nafveln. Mycket succussionsljud i epigastriet. Vid sköljning (»på fastande mage») befanns ventrikeln innehålla enorma mängder stinkande, ruttnande matrester, som delvis legat där i åtskilliga dar. Stark HCl-reaktion. I mikroskopet naturligtvis sarcina och jästsvampar. Vidare undersökningar gåfvo vid handen en höggradig motorisk insufficiens, med starkt HCl-haltig magsaft och beroende på mekaniskt hinder för passagen genom pylorus. Cancer kunde uteslutas och diagnosen med säkerhet ställas på ärrstenos. Nu sattes patienten på lämplig kost och fick dagligen grundliga magsköljningar. Tillståndet förbättrades genast mycket, plågorna och kräkningarna försvunno, matlusten ökades och krafterna återkommo. Kroppsvikten steg småningom med 2 kilo. Emellertid förefanns ännu i midten på mars, alltså trots 2 månaders grundlig behandling, mycket rikliga, illaluktande morgonrester med sarcina och jästsvampar i ventrikeln. I det hänseendet var tillståndet alltså ungefär detsamma som vid behandlingens början.

Då vidare förbättring sålunda ej tycktes vara att förvänta genom endast sköljningar och diet, började jag med thiosinamininjektioner. Af lösningen (2, glycerin 8, aqu. dest. 12) insprutades först hvarannan, senare hvar dag 1 gram under bukhuden. Under sista hälften af mars gjordes alltså sammanlagdt 11 injektioner, som alla fördrogos fullkomligt utan obehag. På samma gång fick patienten någon timme efter hvarje måltid under 5—10 minuter djupa strykningar från vänster till höger öfver ventrikeln. Sköljvattnet blef under tiden klarare och klarare och företedde de sista gångerna i mars endast en obetydlig grumlighet i början af sköljningen; vid mikroskopisk undersökning påträffades emellertid ännu rikligt med sarcina m. m. Under april månad vistades patienten under Shetland på backfiske, fortsatte med magsköljningarna och mådde utmärkt trots dieten, som ombord på en fiskarskuta ej kan vara särdeles lämplig för en person med pylorusstenos. Efter hemkomsten undersökte jag honom och fann därvid inga tecken till stagnation i hans magsäck, men då han den 4 maj återkom, var tillståndet mycket försämradt, ventrikelmuskulaturen åter insufficient och illaluktande morgonrester åter för handen, hvilket allt troligen berodde på diätfel vid den hastiga öfvergången från skeppskost till landtkost. Jag tog därför ånyo till thiosinaminet och gaf honom under loppet af maj cirka 10 injektioner. Tillståndet förbättrades hastigt både subjektivt och objektivt, och har mannen sedan dess först gjort en andra

fisketur till Shetland och därefter ett par månader dörjat makrill på Doggars Bank ute i Nordsjön. Under aug. och sept. har han ej sköljt sig oftare än 1—2 gånger i veckan, fastän han till det mesta left på makrill, skeppsbröd, potatis och svart kaffe. Han har hela tiden känt sig fullt frisk, och magsäcken har alltid varit tom vid magsköljningarne. Vid min sista undersökning, den 5 okt., var resultatet öfverensstämmande med hans uppgifter; ventrikeln var alldeles fri från matrester och så ren, som hos någon fullt frisk. Mannen är nu fet med ett blomstrande utseende och kan väl betraktas som alldeles återställd och det utan ett större ärr på buken, något, som ej är utan sin betydelse, då det gäller en kroppsarbetare. Enligt mitt förmenande har thiosinaminet härvidlag spelat en viktig roll som terapeutiskt agens.

Medicinalstyrelsen och frågan om familjevård för sinnessjuka.

Mot amanuensens i med.-styr:n, d:r Petréns reflektioner angående denna fråga i nr 43 af Läkartidningen har medicinalrådet d:r Schuldheis i nr 47 lämnat en gensaga, däri han på ett värdigt och öfverlägset sätt bemöter dessa reflektioner.

Egentligen skulle amanuensens angrepp ej kräft något bemötande; ty hvar och en förstår ju a priori, att det var obefogadt och förmätet. Men detta blir för en ännu klarare, då man läst medicinalrådets svar, dock först sedan man djupare tänkt öfver det; hans bevis ligga nämligen ej alltid på ytan.

Sakens förhistoria är i få ord den. Med.-styr:n gjorde på sin tid hemställan till psykiatriska föreningen, att den ville vid ett möte diskutera frågan om familjevård av sinnessjuka och insända till styrelsen den resolution, som kunde komma att fattas. Psykiatriska föreningen hemställde med anledning häraf, att med.-styr:n täcktes tillkalla sakkunnige i och för noggrann undersökning af frågan. I stället för att följa detta förslag har med.-styr:n hos Kungl. Maj:t begärt och erhållit medel till anordnande försöksvis af familjevård i enlighet med de för kolonien i Korsberga gällande bestämmelserna.

P. ondgör sig nu öfver att med.-styr:n ej mottagit den sakkunskap, som psykiatriska föreningen erbjudit, utan gått sin egen väg.

S. förklarar emellertid, att med.-styr:ns, mot psykiatriska föreningens förslag stridande åtgärd, »ingalunda innebär ett ignorerande eller tillbakavisande» af det gjorda erbjudandet.

Alltså har P., och säkert många med honom, alldeles missförstått med-.styr:n, och man hör detta med stor tillfredsställelse. Missförståndet var visserligen ej fullt på sin plats, men det kan i någon ringa mån urskuldas därmed, att styrelsens åtgärd bra mycket liknade ett ignorerande. Vi ha här ett ytterligare bevis för, att det är orätt att alltid misstänka det värsta. Vi kunna nu hoppas på ett lika godt samarbete som hittills mellan med.-styr:n och psykiatriska föreningen. D:r Petrén hade nog inte tillräckligt betänkt de äfventyrligheter, för hvilka han kunde utsätta psykiatriska föreningen genom att insinuera, att samarbetet syntes något ensidigt. Men gud vare lof, det hotande molnet har genom medicinalrådet Schuldheis' förklaring skingrats. Och jag hoppas, att den ej obetydliga misstämning, som försports hos åtskilliga af psykiatriska föreningens medlemmar, skall ge med sig vid närmare eftersinnande.

Ty man kan ej förtänka med.-styr:n, att den inte utan vidare accepterat föreningens förslag. Visserligen har föreningen till medlemmar, utom representanter från med.-styr:n, alla hospitalsöfverläkarne i riket — med öfriga medlemmar torde man ej ha anledning räkna —, men den fördomsfrie sluter visst inte häraf, att sakkunskapen därför är så stor, att hänsyn bör tagas till densamma. Tvärtom. Medlemmarna stödja sig »nu som oftast blott på litteraturuppgifter och hörsägner eller i bästa fall på flyktiga besök vid utländska anstalter». Det är klena stöd. Den värdesättning, som här gjorts af psykiatriska föreningens kompetens att bedöma viktiga spörsmål i praktisk sinnessjukvård, bör vara en allvarlig maning till hrr medlemmar att snarast möjligt skaffa sig en bättre.

De ha ju goda föredömen. Sålunda se vi, att med.-styr:n redan för 5 år sedan tänkte på användande af den då endast 22-åriga Iltentypen. Detta visar ju tydligt att styrelsen såsom S. riktigt men obehöfligt upplyser, i denna fråga ej är »så efterblifven och förtorkad, som d:r Petrén vill låta sina kolleger tro». D:r P. skulle kanske vilja invända, att han under dessa 5 förflutna år hoppats få se Iltentypen så småningom komma till användning. Men en betänksam försiktighet är bättre än hejdlös reformatorisk ifver. Utan tvifvel äro förutsättningarna — »en någorlunda stor folktäthet» — »en någorlunda burgen befolkning» — nu mycket gynnsammare än för 5 år sedan. Vi veta ju att Sveriges folkmängd ökas med omkring 35,000 personer årligen; och det ekonomiska uppsvinget är ju också välbekant. Det kan sättas i fråga, om ej klokheten bjöde att vänta ytterligare 5 år; sen finge man ju se. Men härom dristar icke jag uttala mig.

I huru full öfverensstämmelse jag än hittills varit med

medicinalrådet Schuldheis, måste jag till min ledsnad göra anmärkningar mot ett par yttranden af honom. Han säger t. ex., att d:r P. berett sig tillfälle att uppträda och rädda fäderneslandet. Det är väl ändå lite öfverdrifvet. Man anar nästan, att det ligger någon djupt dold ironi under detta yttrande. På ett annat ställe vill S. låta påskina att P. skulle misstänka med.-styr:n för att umgås med några »svarta planer» i någon riktning. Jag ville gärna, i den mån min kännedom om förhållandena därtill kan berättiga, söka fritaga d:r P. från denna beskyllning. Han hyser nog, lika lite som någon annan, en sådan misstanke mot Kungl. medicinalstyrelsen. Till närvarande stund har intet sports, som kunde berättiga honom därtill.

Däremot måste jag instämma med med.-rådet Schuldheis däri, att d:r Petrén onödigtvis bragt denna fråga inför offentligheten. S. har fullkomligt rätt, när han säger att P. »på ett ytterst bekvämt och enkelt sätt kunnat förskaffa sig visshet genom en personlig förfrågan hos referenten för hospitalsärenden». Kanske hade d:r P. någon särskild afsikt med att ej välja den bekvämaste och enklaste vägen? Hvad vet jag?

Men herr doktor Petrén, hvarför bråka? Hvarför ej låta det gå på gammalt bepröfvadt vis? Det är endast barbarer och uppkomlingar, som icke vilja veta af annat än det nya, säger en af våra tänkare. Vår tillförsikt kan ni ändå inte rubba. Vi hafva bl. a. genom medicinalstyrelsens svar på Knut Kjellbergs motion om omorganisation af styrelsen visshet därom, att hon under de sista decennierna så tillvaratagit sinnessjukvårdens intressen, att en styrelsens amanuens ej borde ha skäl att kritisera och framför allt ej att komma med några tid och möda kräfvande »föreläsningar».

Lund, Asylen 26 nov. 1907.

Ernst Göransson.

Medicinalstyrelsens senaste beslut i fråga om familjevård för sinnessjuka.

I n:r 47 af denna tidskrift, hvilket tillställts mig af Redaktionen, har medicinalrådet G. Schuldheis gjort ett inlägg med anledning af mina i ett tidigare häfte synliga reflexioner uti ofvannämnda fråga. Mitt svar vill jag söka inskränka till det sakliga af innehållet i nämnda inlägg.

Herr Schuldheis anför, att Kgl. medicinalstyrelsens ifrågavarande beslut »ingalunda innebär ett ignorerande eller tillbakavisande af psykiatriska föreningens erbjudande.» Härtill vill jag endast citera den del af medicinalstyrelsens skrifvelse till Konungen hvilken gifvit mig en motsatt uppfattning. Denna del lyder ordagrant:

»Ifrågavarande förening, till hvilken frågan på grund häraf hänsköts, har nu till medicinalstyrelsen inkommit med det begärda yttrandet, som innehåller, att föreningen hyser den öfvertygelsen, att utvecklingsmöjligheter i berörda hänseende finnas, men funnit frågan så föga utredd och så svårlöst, att föreningen icke ansett sig kunna framkomma med något definitivt förslag utan hemställer, att medicinalstyrelsen ville tillkalla sakkunniga i och för noggrann undersökning af möjligheterna för anordnandet af familjevård vid och omkring de olika anstalterna.

Emellertid har, enligt af undertecknad Schuldheis afgifven berättelse öfver den 26 och 27 sistlidne Juli förrättad inspektion af sjukvården å Piteå hospital och asyl, t. f. öfverläkaren därstädes Axel Lundgren framkommit med det förslag, att samtliga hospitalsdirektioner, som därtill kunde befinnas villiga, skulle bemyndigas och erhålla nödigt anslag för att i enskilda hem på anstaltens bekostnad utackordera å anstalten till vård intagna sinnessjuka.

Då detta förslag synes medicinalstyrelsen innebära den enklaste och mest praktiska lösningen af frågan[1]) om anordnande af organiserad och kontrollerad familjevård af sinnessjuka, har medicinalstyrelsen ansett sig böra underställa detsamma Eders Kungl. Maj:ts pröfning.»

Ett annat stycke af samma skrifvelse lyder som följer:

»Familjevården borde enligt medicinalstyrelsens plan vid ifrågavarande anstalter ordnas efter i tillämpliga delar samma regler, som gälla för Korsbergakolonien. Vid denna finnes anställd en föreståndarska samt en del betjäning vid koloniens centralhem. Emellertid kan *till en början* naturligtvis hvarken centralhem, föreståndarska eller öfrig särskild för familjevård anställd betjäning vara behöflig, så länge denna vårdform endast försöksvis tillämpas i så obetydlig omfattning, som här ifrågasättes.»

Då nu, som jag ock i mina »reflexioner» framhållit, vid såväl Uchtspringe- som Ilten-systemet *anstalten själf tjänstgör som central*, så synes mig den här anförda delen af motiveringen meningslös, om man framför allt tänkt på dessa två inom fackkretsar erkändt bästa slag af familjevård. Att det tvärtom varit Korsberga-typen, som föresväfvat[2]) skrifvelsens författare, syntes mig *äfven* framgå af fortsättningen: -

[1]) Denna kursivering, är liksom de följande i citaten förekommande, gjord af mig.

[2]) Just detta ord har jag i ifrågavarande sammanhang användt i mina reflexioner. Att medicinalstyrelsen skulle uppgjort några bestämda planer i någon viss riktning, har jag naturligtvis icke föreställt mig. Däremot talar ju tydligt själfva *beslutet* i frågan.

»Däremot *erfordras anslag till ersättning* åt vederbörande läkare vid de hospital och asyler, där familjevård blir anordnad, *för resor* i och för tillsyn af de hem, där sinnessjuka från anstalten äro eller kunna blifva inackorderade. — — — — — — — — — — — — —
— — — — — — — — — — — — — — — — — — — —

Ersättningen för dessa resor torde, tillsvidare och intill dess större erfarenhet vunnits om de därmed förenade kostnaderna, böra utgå enligt gällande resereglemente, d. v. s. — — — —, med villkor dock att så vidt möjligt hospitalets egna hästar och åkdon skola på ifrågavarande resor användas.»

Då nu under nämnda förutsättning några kostnader för resor öfverhufvudtaget icke behöfva ifrågakomma vid (Uchtspringe- och) Ilten-systemet, voro mina reflexioner ju icke så alldeles omotiverade. Af Herr Schuldheis' inlägg synes emellertid framgå, att särskild ersättning *tillsvidare* skall utgå för tillsynen af äfven efter dessa system utackorderade patienter, och framhåller han såsom jämförligt därmed, att särskild ersättning utbetales för hållandet af undervisningskurser för betjäning.[1] För min del kan jag emellertid ej inse, att besök hos några i närheten af anstalten utackorderade sjuka äro att jämföra med en föreläsning, som kräfver betydande förarbete.

Som en af familjevårdens fördelar framhålles i Tyskland allmänt dess *prisbillighet* i jämförelse med den vanliga vårdformen. Huruvida den äfven hos oss efter genomförandet af medicinalstyrelsens förslag skulle komma att medföra denna fördel, synes mig emellertid vara tämligen tvifvelaktigt, under det att uppgörandet af en bestämd plan redan från början, på sätt psykiatriska föreningen föreslagit, enligt mitt förmenande erbjudit större garanti för vårdformens ifråga ordnande på det ändamålsenligaste sättet.

---

[1]) Då det i inlägget omnämnes, att jag nyligen gjort framställning om dylik ersättning, känner jag mig med anledning häraf uppfordrad redogöra för de närmare omständigheterna härvid. För innevarande år hafva anslag till undervisningskurser för betjäningen fördelats mellan de olika hospitalen, därvid äfven Stockholms hospital erhållit ett anslag för undervisning af den lägre betjäningen (hvilken kurs hålles af amanuensen). Kursen för de skolade sköterske-elever, hvilka hos oss årligen utbildas till ett antal af 4 à 6, hölls däremot i våras af mig *utan ersättning*, liksom den under de 2 föregående åren likaledes utan ersättning hållits af anstaltens chef, Professor Gadelius. Detta förhållande var anledningen till, att Direktionen för Stockholms Hospital sistl. September gjorde framställning om ersättning *äfven* för undervisningen af de skolade sköterskeeleverna. Att *jag* därvid föredrog ärendet, berodde helt enkelt därpå, att jag t. o. m. d. 27 i nämnda månad, inom hvilkens utgång ärendet borde vara inlämnadt till Kungl. medicinalstyrelsen för att medfölja den årliga petitan till Kungl. Maj:t, innehade förordnande som öfverläkare och att jag af anstaltens chef fått i uppdrag handlägga ärendet. Att anslaget *icke* gäller mig personligen framgår däraf, att denne för hvarje gång äger bestämma, hvilkendera af oss skall hålla kursen i fråga.

Denna min öfvertygelse har naturligtvis varit orsaken till mina reflexioner i frågan. Herr Schuldheis synes emellertid hysa den föreställinngen, att motivet till mitt uppträdande varit af helt annan art, då han talar om, att jag beredt mig »ett visserligen icke osökt, men påtagligen kärkommet tillfälle att uppträda och rädda fäderneslandet förmedelst en föreläsning för medicinalstyrelsen.» Hur ogrundad denna förmodan beträffande mina motiv är, framgår bäst af det faktum, att jag ingalunda uttalat något klander af medicinalstyrelsens tidigare åtgöranden i familjevårdsfrågan. Sålunda har jag (i min i Hygiæas decemberhäfte för år 1905 publicerade uppsats om familjevård för sinnessjuka och sinnesslöa, sid. 44 i separaten) tvärtom kunnat hafva det nöjet framhålla, hurusom medicinalstyrelsens ursprungliga förslag beträffande det första försöket att i större utsträckning införa organiserad familjevård för sinnessjuka i vårt land var bättre i sitt ursprungliga skick, utan de inskränkningar vederbörande öfverläkare *då* lyckades genomdrifva, inskränkningar, som emellertid sedan delvis bortfallit, i det — som jag i mina senaste reflexioner i frågan ock omnämnde — öfverflyttningar till Korsberga-familjevården äfven från andra anstalter än dess moderanstalt börjat företagas.

Herr Schuldheis tar i sitt inlägg vår Korsbergafamiljevård särskildt i försvar, af hvad skäl förstår jag ej, då — mig veterligen — ingen angripit dennas tillkomst. I hvarje fall har jag — just i afsikt att härvid förebygga hvarje missförstånd — i mina »reflexioner» särskildt framhållit det enligt min mening välbetänkta uti, att det första försöket med familjevård i större skala förlades just till Korsberga.

Herr Schulheis' synes mig vidare vilja göra troligt ,att jag skulle vilja tillskrifva mig äran att hafva gått i spetsen vid arbetandet på här afhandlade vårdforms införande i vårt land eller tillerkänna mig ensam sakkunskap på detta område. Jag kan emellertid icke finna, att jag genom mina uttalanden gifvit anledning till en dylik uppfattning, då jag ju i min ofvannämnda familjevårdsuppsats (sista sidan) särskildt påpekat, hurusom professor Gadelius redan i sin »Redogörelse för inspektioner beträffande sinnessjukvården i riket 1 maj 1900—31 december 1901» (alltså redan flera år, innan undertecknad efter erhållet resestipendium varit i tillfälle att på ort och ställe taga närmare kännedom om denna vårdform) framhållit, att »äfven tillämpandet af principen om kontrollerad familjevård borde ingå i planen för ett effektivt ordnande af sinnessjukvården i vårt land»,

Att realiserandet af denna tanke hittills i så ringa grad lyckats, beror tvifvelsutan dels därpå, att medicinalstyrelsen

underlåtit taga initiativ till uppgörande af en bestämd enhetlig plan i detta syfte, dels därpå, att icke alla anstaltschefer äga en mera ingående personlig kännedom om denna vårdform. Då det emellertid å andra sidan finnes åtskilliga af dessa och andra bland vår psykiatiska förenings medlemmar, hvilka förvärfvat sig sakkunskap uti denna specialfråga, så hade det enligt min mening varit gynnsamt för frågans lösning, om man — i öfverensstämmelse med föreningens uttalande — *redan nu* börjat att, under medverkan af ett par af dess sakkunniga medlemmar, göra en fullständig utredning af alla hithörande förhållanden i syfte att därpå kunna framlägga en bestämd plan. Kungl. medicinalstyrelsens senaste beslut i frågan innebär nu i hvarje fall ett ytterligare uppskof med ett dylikt metodiskt tillvägagångssätt, ett uppskof, som gifvetvis får till följd, att en kraftigare utveckling af familjevården för sinnessjuka i vårt land ännu någon tid blir fördröjd.

Till sist några ord om tillkomsten af mina reflexioner. Då psykiatriska föreningens styrelse på förslag af dess ordförande beslutat att, samtidigt med det i slutet af oktober i Stockholm sammanträdande öfverläkarmötet, inkalla föreningen till extra sammanträde, och då Kungl. medicinalstyrelsens beslut i familjevårdsfrågan sedan blifvit bekant, uttalades från mer än ett håll den önskan, att denna fråga med anledning häraf äfven skulle upptagas till behandling på föreningens sålunda beramade möte. Enär jag på grund af stipendieresa var förhindrad att öfvervara detta, vid hvilket jag eljest varit villig inleda frågan, valde jag i stället att i Läkartidningen låta införa något af hvad jag därvid haft att anföra, i händelse det skulle kunna intressera några af föreningens medlemmar. (Efter hvad jag sedan sport, blef för öfrigt mötet i fråga inställt.)

Herr Schuldheis har mycket onådigt upptagit min kritik af medicinalstyrelsens åtgärd, men har ingalunda lyckats visa, att den varit obefogad. Det är också min afsikt att, sedan man fått se resultatet af Kungl. medicinalstyrelsens beslut beträffande »försöksåret» 1908, vid psykiatriska föreningens därpå följande årsmöte i ett inledningsföredrag återkomma till frågan. Jag kan nämligen försäkra herr Schuldheis, att jag, framdeles som hittills, kommer att såväl i fackpressen inom vår förening framlägga mina tankar uti de frågor, åt hvilka jag ägnat särskildt studium, öfvertygad som jag är, att ett fritt meningsutbyte i på dagordningen stående frågor endast kan vara till gagn för medicinalstyrelsen i dess sträfvan för sinnessjukvårdens främjande.

München den 25 november 1907.

Alfred Petrén.

Kommunala läkare-arvoden.

Till redaktionen har öfverlämnats tvänne här nedan meddelade skrifvelser, innehållande instruktioner och arvodesbestämmelser för kommunalt anställda läkare.

I.

Som ett exempel på hvad en kommun anser sig kunna fordra af en läkare för 300 kronors årligt arvode, anföres nedanstående »instruktion för den hos *Nacka* sockens *fattigvårds*-samhälle anställde läkare».

§ 1. Den hos fattigvårdssamhället anställda läkaren bör helst vara bosatt å plats inom socknen, i närheten af järnvägsstation.

Läkarens bostad skall, på hans bekostnad, vara försedd med telefonförbindelse genom såväl rikstelefons- som allmänna bolagets nät.

§ 2. Bemälde läkare, som i årligt arvode åtnjuter af socknens kommunalstämma för ändamålet anvisade 300 kronor, är skyldig att, utan ersättning utöfver nämnda arvode, lämna läkarevård åt personer, som åtnjuta understöd enligt de i § 1 fattigvårdsförordningen stadgade grunder af Nacka fattigvårdssamhälle, äfvensom åt personer, hvilka vid det tillfälle, läkarevården påkallas, äro berättigade till understöd enligt samma lagrum.

§ 3. Läkarevård åt i föregående § omförmälda personer må påkallas af fattigvårdsstyrelsens ordförande, v. ordförande, ledamöter och suppleanter, äfvensom af tillsyningsmännen af fattigvården inom socknen.

§ 4. På begäran af fattigvårdsstyrelsens ordförande eller v. ordförande är läkaren skyldig kostnadsfritt utfärda läkareintyg, beträffande personer, som åtnjuta eller åtnjutit fattigvård af socknen eller på grund af sjukdom vilja söka understöd.

§ 5. Det åligger läkaren, att öfver personer, som enligt denna instruktion äro berättigade till kostnadsfri läkarvård, föra särskild längd, upptagande nämnda personers namn, födelseår och bostadsadress samt sjukdomens benämning.

Denna längd skall, när läkaren frånträder sitt uppdrag eller eljest på ordförandens eller v. ordförandens anmodan till dem utlämnas.

§ 6. Det åligger läkaren, att minst en gång hvarje månad hålla mottagning för de medellösa sjuka, som i § 2 afses, å enhvar af följande platser inom socknen, nämligen: Saltsjö-Dufnäs, Järla och Sickla, ägande läkaren för nämnda mottagning vid Järla station begagna sig af det s. k. yttre rummet i församlingens epidemisjukhus.

Å öfriga af nämnda platser anskaffar läkaren på egen bekostnad lokal.

Att en läkare skall anskaffa mottagningslokal å två platser samt bestå sig med två telefoner för att komma i åtnjutande af 300 kronors arvode, förefaller väl mycket begärdt. Lämpligheten af att använda ett rum i den nästan ständigt af difteri- och scarlatinafall upptagna epidemistugan kan betviflas.

Man skulle kunna tro, att så föga frestande villkor ej skulle uppkalla någon sökande. Märkvärdigt nog anmälde sig tvänne sökande.

II.

Inom *Motala* landsförsamling har skolrådet antagit en instruktion, enligt hvilken *skolläkaren* mot en årlig ersättning af 50 öre pr barn jämte skjutsersättning har följande åligganden.

Han skall sorgfälligt undersöka de barn, som blifvit anmälda till intagning i småskola, äfvensom dem, som uppflyttas till folkskolans andra klass.

Han skall vidare, på anmodan, besiktiga barnen för att gifva utlåtande om de böra fortsätta eller afsluta skolgången.

Vid besiktningen göras anteckningar för hvarje barn å särskildt frågoformulär, hvarefter läkaren i särskild tabell, afseende hela församlingen, redogör för de särskilda sjukdomarna och allmänna hälsotillståndet bland de undersökta barnen.

De ifyllda blanketterna förvaras af lärarekrafterna samt granskas och påtecknas af läkaren vid hvarje undersökning.

Till undersökningsläkarens uppgifter hör också att utfärda nödiga recepter, gifva vederbörande lärare och lärarinnor nödiga råd och anvisningar beträffande barn, hvilkas hälsovård kräfva deras särskilda uppmärksamhet samt att biträda skolrådet i sanitära frågor och delgifva detsamma de hygieniska anmärkningar och önskemål, beträffande såväl skolarbetet som skollokalerna, till hvilka hans skolbesök kunna gifva anledning.

I anledning af denna instruktion skrifver stadsläkaren Bergquist i Söderköping:

»Som synes är det en ganska vidlyftig verksamhet som fordras af skolläkaren; han skall undersöka dem, som anmälts till intagning, och dem som skola uppflyttas, på anmodan besiktiga barn, skrifva recepter och lämna råd och anvisningar i hygieniska frågor etc. — och allt detta för den stora ersättningen af 50 öre pr barn jämte skjutsersättning. — Vore det ej på tiden att såväl Allmänna svenska läkarföreningen som lokalföreningen tog upp denna sak till närmare granskning. Då en sakkunnig tillkallas för att afge utlåtande angående hvad det vara må, brukar ersättningen vara ganska rundlig, men då läkare som väl ock bör anses sakkunnig, tillkallas för att afge yttrande om t. ex. huruvida ett barn är behäftadt med lungsot och på den grund kan anses lämplig för skolgång eller ej, anses han kunna afspisas med 50 öre + skjutsersättning. — Man kan ju visserligen hoppas att ingen läkare skall sälja sig för ett dylikt arvode, men säkert är det ej; exempel finnas på att besök i hemmen gjorts för en krona — hvarför då ej kunna nöja sig med 50 öre för en skolundersökning?

Orsaken till detta mitt lilla inlägg är att enligt min åsikt vi läkare ej hafva anledning att sänka våra arvoden, då på alla områden en stegring gör sig gällande, och om vi själfva undervärdera vårt arbete kunna vi ju ej med fog framställa några önskningar om förbättrade ekonomiska villkor. — Saken betyder ju mindre för dem som sitta med statslön och för denna lön ej ha annan skyldighet än att mot kontant erkänsla stå allmänheten till tjänst, men för läkare i kommunernas tjänst, afspisade med 1,000 à 1,200 kronors lön, för hvilken de dessutom ha ganska betydligt arbete att förrätta, ställer sig saken annorlunda. Jag har härmed endast fäst uppmärksamheten på en sak som jag anser vara af vikt för kåren i sin helhet.

(Insändt.)

Psykiatriska föreningens årsmöte.

Herr professor T. Nerander.

Med anledning af Eder »rättelse» af undertecknads och d:r A. Petréns referat af förhandlingarna vid föreningens årsmöte, får jag meddela följande:

Sista dagen af mötet väcktes med anledning af d:r Knut Kjellbergs motion angående omorganisation af medicinalstyrelsen samt medicinalstyrelsens häraf föranledda utlåtande förslag, att föreningen skulle diskutera denna fråga i den mån den berör sinnessjukvården och hospitalsväsendet. På grund af frågans stora omfattning ansågs emellertid lämpligt uppdela den i två, och i enlighet härmed *föreslogs och antogs* af föreningen till diskussionsämnen vid nästa årsmöte: 1) »Frågan om särskild öfverstyrelse för rikets hospital och asyler»; 2) »Om reformering af den rättspsykiatriska sakkunnigeinstitutionen i vårt land.»

D:r A. Petrén åtog sig inleda det förstnämnda. Till inledare af det sistnämnda föreslogos herr Gadelius och undertecknad hvilka båda undanbådo sig uppdraget. Att vid tillfället ifråga *båda ofvannämnda ämnen af föreningen antogos till diskussion vid nästa årsmöte,* erinrar sig med bestämdhet såväl undertecknad som herrar Gadelius och Fröderström, hvilka muntligen gifvit mig tillåtelse meddela detta. Att dessa föreningens beslut icke influtit i protokollet, torde icke kunna läggas mig till last, då jag ej haft att justera detsamma.

Stockholm den 22 november 1907.

Olof Kinberg.

Periodisk litteratur.

Här meddelas de senaste tidskriftshäftenas innehåll med undantag af referat, boknyheter m. m.

Hygiea, n:o 10. *Klas Linroth:* En önskvärd reform af vår medicinaladministration. — *Barthold Carlson:* Redogörelse för verksamheten vid min privatklinik åren 1900—1906. — *Victor Berglund:* Prok-

toplastik för atresia ani totalis på fem dygn gammal, sex veckor för tidigt född tvilling.

Norsk Mag. for Lægevidenskaben, n:o 11. *Chr. Leegaard:* Et gammelt aktstykke. — *Peter F. Holst:* Om Stokes-Adams' sygdom og »Heartblock» hos mennesket. — *Hans Daae:* Thiosinamin — et hjælpemiddel ved behandling af øresygdomme. — *Reidar Gording:* Mastoidalresektion ved forliggende sinus sigmoideus.

Bibliotek for læger. N:o 5—8. *A. Stadfeldt:* Et Tilfælde af Keratitis punctata profunda samt Bemærkninger om Keratiternes Klassifikation. — *Axel Trolle:* Fem Tilfælde af Timeglasventrikel. — *Jul. Wiberg:* Claudios Galenos: Raad for et epileptisk Barn. — *Adolph H. Meyer:* Om medfødt Tillukning af og Mangel paa Galdens Udførselsgange. — *Knud Pontoppidan:* Død, Dødstegn og Forraadnelse. — *Victor Scheel:* Anatomiske Undersøgelser over Nyresekretionen. — *K. A. Heiberg:* Bidrag til Inanitionens og den kulhydratfri Fodrings Mikrokemi. — *August Wimmer:* Om Begrebet: »Rente hysteri». *A. Bertelsen:* Om Fødslerne i Grønland og de seksuelle Forhold sammesteds. —

Tidskrift for den norske lægeforening, n:o 20. *Bretville-Jensen:* To Tilfælde af stor Milt.

Hospitalstidende, n:o 42—45. *S. Schou:* Exstirpatio sacci lacrymalis som Normalmetode ved Behandling af Blennorrhoea sacci lacrymalis. — *N. J. Strandberg:* Om Blodtrykket ved Lungetuberkulose. — *Thorkild Rovsing:* Indirekte Fremkaldelse af den typiske Smerte paa Mc. Burneys Punkt. — *Andr. Beyer:* Undersøgelse af Opspyt for Tuberkelbaciller ved Anvendelse af Centrifugering. — *N. Rh. Blegvad:* Foreløbig Meddelelse om Trypsinbehandling af maligne Nydannelser. — *Thorkild Rovsing:* En ny Metode til operativ Behandling af Ektopia vesicæ. — *H. J. Bing:* Nogle nyere Tuberkulosereaktioner.

Finska läkaresällskapets handl:r, oktober. *Th. Saelan:* Lefnadsteckning öfver Linné.

Finska läkaresällskapets handl:r, november. *Ali Krogius:* Om njurtuberkulosen, dess diagnos och moderna behandling. — *Gerhard Renvall:* Ett fall af leptomeningitis cerebrospinalis purulenta hæmorrhagica. — *Emil Jusélius:* Kejsarsnitt vid snedtförträngdt koxalgiskt bäcken. — *Paul Wirzenius:* årsberättelse II från privata ögonsjukhuset i Kuopio. — *Axel von Bonsdorff:* Om behofvet af tuberkulossjukhus. — *Harald Råbergh:* Reseberättelse.

Nord. Tidskr. for Terapi, okt. *J. Borelius:* Kolonresektionens teknik och resultat. — *Ejnar Nyrop:* En Protese ved Exartikulation i Hofteleddet.

Nord. Tidskr. f. Terapi, nov. *Enquête:* Hvilken Nytte har De haft af at anvende saltfattig Diaet, og hvilke Indikationer har den? *Klaus Hanssen:* Indledende Artikel til Enquêten. — *S. Bang:* Om Indretning af Tuberkulosehospitaler.

Hvarjehanda notiser.

För **de nya hospitalsläkartjänsterna,** som enligt riksdagens beslut skola inrättas med nästa års ingång, skall hospitalsstadgans föreskrifter i fråga om tillsättande och entledigande af asylläkare äfven-

som om sådan läkares åligganden och tjänstledighet m. m. tillsvidare gälla i tillämpliga delar. Dessa tjänster skola alltså ledigförklaras af vederbörande direktioner i Uppsala, Vadstena, Lund, Vänersborg, Piteå och Kristinehamn (se nedan: offentl. underr:r).

Skolläkarmöte i Stockholm. K. m:t har i anledning af läroverksöfverstyrelsens framställning medgifvit, att nämnda styrelse må sammankalla *fem* af de vid de allmänna läroverken anställda skolläkarna för att i Stockholm under högst tre dagar af läsåret 1907—1908 med öfverstyrelsen öfverlägga rörande bästa sättet att tillgodose sundhetsanordningarna vid de allmänna läroverken samt ungdomens fysiska uppfostran. Tiden för sammankomsten bestämmes af öfverstyrelsen.

Akademisk afhandling. K. M:t har medgifvit med. lic. Anna Dahlström att för med. doktorsgrads vinnande på tyska språket utgifva och på svenska språket försvara en afhandling med titel: »Anatomische Veränderungen in vier wegen Drucksteigerung enucleierten Augen und Netzhauthaemorrhagien».

Kirurgiska sektionen sammanträdde den 23 november, hvarvid förekom:

D:r A. Bellander: Fall af tarmperforation, förorsakad af främmande kropp (med demonstration af preparat).

D:r Haglund: Demonstration af instrument (gipssaxar, vinkelmätare m. m.)

D:r Haglund: Om bandagebehandlingen af förlamningar i de nedre extremiteterna (med demonstration af patient.)

Offentliga underrättelser.

Ledliga tjänster:

[1]) betecknar. att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) at ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes; [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Prov.-läk.-tj:n i Sundsvalls distr.[1])	7 dec.
Förste stadsläk.-tj:n i Halmstad (lön: 4,000 kr. jämte två ålderstillägg à 500 kr.; sökes hos magistraten)	7 dec.
Stadsläk.-tj:n i Vaxholm (sökes hos magistraten)	7 dec.
Amanuensbefattn. v. Lunds hosp.[3]) löneförmåner: 2,000 kr. jämte bostad och kost)	9 dec.
Extra prov.-läk.-tj:n i Jockmocks distr.[2]) (distr. omfattar Jockmocks socken med Kvickjocks kapell af Norrbottens län; invånare den 1 jan. 06: 5,220: löneförmåner: 3,000 kr. + fri bostad)	16 dec.
Sex underläk.-tj:r v. garnisonssjukhuset i Stockholm[2]) (att innehafvas 1 jan.—30 juni 1908)	16 dec.
Underläk.-tj:n v. Kristinehamns hosp.[3]) (tillträdes 1 jan.)	18 dec.
Extra prov.-läk.-tj:n i Grundsunda distr.[3]) (*nyinrättadt;* distr. omfattar Grundsunda kommun i Västernorrlands län med station i Husums by; lön: 2,800)	21 dec.
Extra prov.-läk.-tj:n i Väddö distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny *tre*årsperiod)	21 dec.
Hospitalsläk.-tj:n i Vadstena[3]) (*nyinrättad)*	23 dec.
Hosp.-läk.-tj:n i Vänersborg[3]) (d:o)	23 dec.
Hosp.-läk.-tj:n i Kristinehamn[3]) (d:o)	23 dec.

Hosp.-läk.-tj:n i Lund[5]) *(nyinrättad)*	27 dec.
Hosp.-läk.-tj:n i Uppsala[5]) (d:o)	27 dec.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Härnösand[3]) *(ånyo* ledigförklarad; löneförmåner: 2,000 kr. jämte bostad och kost)	27 dec.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Vänersborg[3]) *(nyinrättad);* löneförmåner: 2,000 kr. jämte 500 kr. i kostpenningar + bostad och frukost)	27 dec.
Underläk.-tj:n v. Vänersborgs hosp. o. asyl[5]) (kvinnoafd:n)	27 dec.
Två underläk.-tj:r v. Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm (den ena vid med., den andra vid kirurg. afd:n; sökas hos hälsovårdsnämnden)	27 dec.
Läk.-befattn:n v. kronohäktet i Ängelholm (ansökan, ställd till fångvårdsstyr:n, inl. hos Kon. Befhde i Kristianstad)	28 dec.
Reg:tsläk.-tj:n v. Dalreg:tet[1])	28 dec.
Prov.-läk.-tj:n i Nysätra distr.[1])	28 dec.
Underläk.-tj:n v. Växjö hosp:s kriminalafd.[5]) *(ånyo* ledigförklarad; löneförmåner: 3,000 kr. — för kand. 2,500 kr. — jämte bostad och kost)	28 dec.
Hosp.-läk.-tj:n i Piteå[5]) *(nyinrättad)*	30 dec.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Jämshög[1]) (pensionsafgift 250 kr.)	7 dec.
Apoteket i Storvik[1]) (pensionsafgift 800 kr.)	7 dec.

Lediga resestipendier:

Resestipendier å högst 500 kr. under 1908 för 1:e prov.-, prov.- extra och bitr. prov.- samt stadsläkare[1])	31 dec.
Resestipendier å högst 500 kr. under 1908 för ordinarie läkare vid länslasarett och därmed likställda sjukhus[1])	31 dec.
Ett resestipendium å 500 kr. för vid rikets hospital och asyler anställda läkare[1])	31 dec.

Af Kungl. Maj:t utnämnda och transporterade:

Till bat.-läk. v. Västgöta reg:te: bat.-läk. v. Svea trängk. *K. A. Odqvist.*
Till bat.-läk. v. Värmlands reg:te: bat.-läk. i res. *J. V. O. T. Efvergren.*
Till innehafvare af riksstatens resestipendier 1908; docenten *E. Key* (det större) och bitr. hosp.-läk. *P. Gustafsson* (det mindre).

Af Med.-styr:n utnämnda och förordnade:

Till extra prov.-läk. i Orusts västra härads distr. (fortfarande t. o. m. 1912): lic. *I. O. Söderholm.*
Till marinläk.-stip. (tre år fr. 1 dec.): kand. *Lars Widmer.*
Till extra prov.-läk. i Vilhelmina distr. (t. o. m. 1911): lic. *H. Forssman.*

Af vederbörande myndighet antagna:

Till underläk. v. Stockholms stads epid.-sjukhus: lic. *C. F. Ekman.*

Af Med.-styr:n upprättade förslag:

Reg:tsläk.-tj:n v. Boden—Karlborgs art:r:te: J. P. M. Sjöstrand (förord), J. O. Nordlander.

Prov.-läk.-tj:n i Skogs distr.: H. A. Melén (förord), C. A. H. Lundgren, H. V. L. Behrman.

Med. licentiatexamen:

vid Karolinska institutet aflagd af *C. F. Heijl, O. A. Karlén, C. G. L. Norrlin* och *J. A. Waldenström.*

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Civ.-stip. *T. Hj. Petersén* t. f. prov.-läk. i Åsums distr. 1—30 dec. (s).
Civ.-stip. *P. G. Olsson* t. f. prov.-läk. i Nysätra distr. (v).
Kand. *K. E. Andersson* t. f. ex. prov.-läk. i Hofors distr. 30 dec.—13 jan. (t).

Öfversikt af sammandragen af epidemirapporter

för halfva månaden 1—15 nov. 1907.

	Städer.					Landsbygd.				
	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa
Stockholm	—	61	62	—	123	—	—	—	—	—
Stockholms län	—	7	—	—	7	—	8	9	—	17
Uppsala	—	6	6	—	12	3	6	21	—	30
Södermanlands	1	1	11	—	13	—	3	34	—	37
Östergötlands	1	9	10	—	20	1	7	2	—	10
Jönköpings	—	4	13	—	17	—	9	14	—	23
Kronobergs	—	—	3	—	3	1	11	7	—	19
Kalmar	1	—	1	—	2	1	20	10	—	31
Gotlands	—	1	—	—	1	—	4	—	—	4
Blekinge	—	—	2	—	2	—	7	16	—	23
Kristianstads	—	—	6	—	6	3	1	13	—	17
Malmöhus	12	4	37	—	53	8	4	71	—	83
Hallands	—	—	5	—	5	2	2	34	—	38
Göteborg	4	48	20	—	72	—	—	—	—	—
Göteborgs o. Bohus	—	—	16	—	16	1	6	19	—	26
Älfsborgs	4	—	6	—	10	5	—	37	—	42
Skaraborgs	—	—	4	—	4	5	1	4	—	10
Värmlands	—	—	—	—	—	2	—	11	1	14
Örebro	—	2	1	—	3	1	5	—	—	6
Västmanlands	1	12	1	—	14	1	—	10	—	11
Kopparbergs	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Gäfleborgs	1	8	—	—	9	2	4	7	—	13
Västernorrlands	—	1	—	—	1	2	10	20	—	32
Jämtlands	1	1	—	—	2	—	—	7	—	7
Västerbottens	—	—	1	—	1	—	10	—	—	10
Norrbottens	—	—	4	—	4	—	—	2	—	2
Summa	26	165	209	—	400	38	118	349	1	506

Summa sjukdomsfall i hela riket: nervfeber 64, skarlakansfeber 283, difteri 558, rödsot 1. — *Akut barnförlamning* 50 fall, däraf 7 i städer och 43 på landsbygden.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 13 december 1907.

4:e årg.	Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER.	N:o 50.

Innehåll: Anmälan. — E. ALMQUIST: Alphonse Laveran. — WILHELM WERNSTEDT: Några ord om »Mjölkdroppe»-rörelsen och den II internationella »Mjölkdroppe-kongressen» i Brüssel Sept. 1907. — Periodisk litteratur. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser.

Anmälan.

Allmänna Svenska Läkartidningen anmäler härmed sin femte årgång.

Tidskriften kommer att i allt väsentligt redigeras efter samma plan, som under innevarande år.

Red. meddelar icke denna gång någon förteckning öfver artiklar, som skola intagas under det kommande året. Det har nämligen äfven i år visat sig omöjligt för flera af våra värderade medarbetare att lämna sina resp. bidrag vid de långt på förhand utsatta tiderna, till följd hvaraf innevarande årgång ej kommit att innehålla samtliga de på förhand utlofvade orginalartiklarna. Red. skall naturligtvis icke desto mindre göra allt för att förskaffa tidskriften ett rikhaltigt och omväxlande material samt de bästa möjliga medarbetare. Härvidlag har redaktionen att påräkna ett säkert och värdefullt stöd genom fortsatt intresserad medverkan af herrar professor **E. Almquist,** *professor* **J. Borelius,** *förste provinsialläkaren* **Nils Englund,** *förste stadsläkaren* **K. J. Gezelius,** *professor* **O. Medin** *och professor* **Frey Svenson.**

Läkartidningen utkommer som hittills hvarje fredag i 16-sid. format. **Prenumeration** *(för helår kr. 10, för halfår 5: 50)* **endast på posten** *eller för Stockholm på tidningens expedition kl. 12—3, Fredsgatan 6 (telefon R. 62 11, Allm. 197 98). Dessutom komma prenumerationsanmälningar i Stockholm, Göteborg och*

Malmö att upptagas genom kringsända listor, hvarvid afgifterna senare uppbäras från expeditionen.

För att tidningen skall kunna tillställas abonnenterna utan afbrott vid årsskiftet är det nödvändigt, att prenumerationen sker **snarast möjligt.**

Stockholm dec. 1907.

Redaktionen.

Alphonse Laveran.

I augusti 1878 lämnade Laveran Paris, där han verkat som militärläkare och docent vid militärläkareskolan, för att fortsätta verksamheten i Algeriet. Här härjade malarian mycket svårt och Laveran fann det vara sin plikt att begagna tillfället och studera landsplågan. Han ansåg att man försummat mikroskopering af blod och inre organ och upptog nu detta arbete på fullt allvar.

Snart öfvertygade sig Laveran om, att det karakteristiska hos malarian var närvaron af pigmentkroppar i den sjukes blod. Af hvad natur dessa kroppar äro, och huru de bildas, detta visade sig omöjligt att studera på malarialik. Laveran beslöt sig nu för att mikroskopera det lefvande blodet hos sjuka. Därvid fann han vid hårdnackade fall i blodet jämte de kända pigmentkropparne äfven andra aflånga eller rundade kroppar. Laveran hade redan under någon tid anat att sistnämnda kroppar voro af parasitär natur, då han den 6 nov. 1880 med ens fick klarhet i saken. Då upptäckte han nämligen i ett blodpreparat att 4 långa slangar utväxt från en hvar af de rundade kropparne. Trådarne visade en liflig rörelse utan att flytta kroppen ur stället. Härmed var det ådagalagdt att ifrågavarande kroppar utgjordes af lefvande parasiter, malarians parasit var upptäckt.

Nu började det besvärliga arbetet att göra upptäckten känd och erkänd i den vetenskapliga världen. Omedelbart meddelades den till Académie de médecine och vid början af 1881 utgaf Laveran sin första bok i ämnet: Nature parasitaire des accidents de l'impaludisme, description d'un nouveau parasite. Emellertid hade Klebs tillsammans med italienska lärda på romerska kampagnan nyss förut funnit Bacillus malariæ och ifriga försök gjordes också att få denna bakterie erkänd som frossans upphof. I Hygiea har professor Key refererat den Klebska åsikten. Sedan Koch offentliggjort sina bakterio-

logiska metoder, blef Klebs hastigt skjuten åt sidan, hans många bakteriologiska rön tillbakavisades, emedan de utarbetats utan exakt metod.

Man brukar säga, att Laveran i sina studier saknar föregångare. Detta är riktigt. Han är den förste, som upptäckt och studerat protozoerna i lefvande blodet. Uppslaget har haft storartade följder. Vi kunna säga, att han grundlagt en ny vetenskap. Läran om blodprotozoerna står ju bakteriologien



Alphonse Laveran.

nära, men den går sin egen väg. Dessa mikroorganismers både odling och färgning är olika. Protozoerna synas vara särskildt intressanta att studera. Under det att bakterierna äro mycket enformiga bildningar och se ut antingen som stafvar eller kulor, genomgå nämligen protozoerna många utvecklingsformer.

Till en början gick den nya vetenskapen mycket långsamt framåt. Vi kunna anse Laverans upptäckt konstaterad och er-

känd först omkring år 1890. Golgi hade då karakteriserat de olika frossmikroorganismerna och visat sambandet mellan parasiterna och sjukdomsförloppet. 1898 skedde Ross bekanta ingripande.

Vid sistnämnda tidpunkt hade Laveran redan återvändt till Paris, där han ej längre hade tillfälle att i stort iakttaga malariasjukdomen. Han var under åren 1884—94 professor vid Val de Grâce, men inträdde sistnämnda år vid Institut Pasteur som föreståndare för protozoforskningen.

Vid Institut Pasteur har Laveran verkat som den erkända auktoriteten på sitt område. Till honom skickade Ross sina preparat, då han var färdig med sin upptäckt. Till honom har från det vida arbetsfältet ingått material i riklig mängd. Detta material bearbetas, äldre rön konstateras, ej så sällan göres därvid någon ny detaljiakttagelse.

Enskildheterna i denna betydelsefulla verksamhet hör knappast hit. Något skola vi dock anföra. Laveran har funnit nya blodparasiter hos flera fågelarter i Frankrike, han har upptäckt, att hithörande organismer kunna producera lösligt toxin, som har likhet med giftet vid difteri och med ormgift. Han har studerat trypanosomernas agglutination och den immunitet, de kunna framkalla.

Läran om trypanosomerna sammanfattar han 1904 i en stor handbok. Förut har han utgifvit en handbok öfver malarian.

Slutligen bör det erinras om, att Laveran står i spetsen för malariabekämpandet i de franska kolonierna. Den 62-årige mannen är således, då han erhåller Nobelpriset, midt uppe i en omfattande, vetenskaplig och praktisk verksamhet.

E. Almquist.

Några ord om »Mjölkdroppe»-rörelsen och den II internationella »Mjölkdroppe-kongressen» i Brüssel Sept. 1907.

Af

Wilhelm Wernstedt, Stockholm.

Dödligheten bland de späda barnen är i alla länder afsevärdt stor och missförhållandena i vården om dessa samhällets minste i ögonen fallande. Sorgligt i och för sig blir detta förhållande naturligtvis synnerligen bekymmersamt i de

länder, där nativiteten är ringa, såsom t. ex. i Frankrike. Det är därför ej underligt att vi just i detta land se initiativet taget till en rörelse, som nu med moderna medel söker råda bot för dessa missförhållanden.

Denna rörelse, — mjölkdroppe-rörelsen — som under de senare åren låtit allt mera tala om sig och vunnit utbredning i de flesta civiliserade länder, har sprungit fram ur tvänne något olika anlagda företag.

Särskildt inom den fattigare delen af befolkningen blir ju ofta på grund af rådande sociala missförhållanden för den arbetande modren ringa möjlighet till att nära barnet vid sitt eget bröst och detsamma blir då i regel hänvisadt till uppfödning med djurmjölk. På densammas beskaffenhet och riktiga användning beror ju i hufvudsak resultatet. Att i detta hänseende söka förbättra de rådande missförhållandena låg till grund för *Variot*, då han i Belleville (Paris) 1893 inrättade en anstalt för den fattiga befolkningen, hvarifrån god och steriliserad mjölk tillhandahölls de barn, som uppföddes med flaska. Från detta företag kan man i själfva verket härleda den typ af inrättningar, åt hvilken en af rörelsens mest energiske förkämpar, d:r *Dufour* år 1894 gaf namnet »*goutte de lait*» (»mjölkdroppe»).

Bättre än allt annat för det späda barnet är dock den naturliga näringen — *modersmjölken*. Närmast i syfte att verka för dess bibehållande i största möjliga utsträckning inrättade *Budin* 1892 i anslutning till ett af honom dirigeradt barnbördshus i Paris särskilda mottagningar för de å kliniken förlösta kvinnorna, där de, sedan de lämnat barnbördshuset, anmodades regelbundet uppvisa sina barn, uppmuntrades till fortsatt digifning samt erhöllo råd, upplysningar och hjälp angående densamma och barnets rationella skötsel. *Budin* gaf härmed impulsen till de företag, hvilka fått namn af »*consultations des nourrissons*».

Budin's och *Variot's* exempel manade raskt till efterföljd och Frankrike kunde snart glädja sig åt en ständigt tillväxande skara af »consultations» och »gouttes de lait». Så finnas för närvarande, enligt uppgifter af d:r *Grasset*, i ensamt ett af Frankrikes 87 departement, nämligen departementet Pas-de-Calais ej mindre än omkring 20 »gouttes de lait» och 168 »consultations».

Det är klart, att »les consultations» och »les gouttes de lait» skulle i viss mening komma att stå i motsatsförhållande till hvarandra. En viss animositet började också snart att göra sig gällande mellan dessa båda företag och i synnerhet föllo många skarpa ord öfver mjölkdropparnes verksamhet, i

det att desamma tillvitades att befordra den onaturliga uppfödningsmetoden. Helt visst har man härvid ofta gått till öfverdrift, ty från att anskaffa och utdela god mjölk åt flaskbarnen samt lämna råd och upplysningar angående dess användning och till att befordra eller drifva propaganda för den onaturliga uppfödningsmetoden är dock ett långt steg. Men å andra sidan kan ej nekas, att den på rörelsen blickande stora allmänheten — äfven läkarnes protester till trots — dock lätt skulle kunna bibringas den uppfattningen, att allt är godt och väl beställdt, blott man gifver lämpliga blandningar och fullgod mjölk; att frestelsen för mödrarna kan blifva stor att utan verkligt trängande behof afvänja barnen, äfvensom att någon verklig propaganda för återvändande till bröstnäringen ej gärna kan åstadkommas af en anstalt, där endast, eller i hufvudsak flaskbarn mottagas. På så sätt kan förvisso mången mjölkdroppe indirekt befordra status quo i uppfödningsfrågan, och där ledningen är dålig, kanske till och med falla offer för att blott och bart nedsjunka till att blifva en mjölkutdelningsanstalt. Detta är däremot uteslutet i en anstalt anlagd efter mönstret för en »consultation». Det ligger onekligen i dessa senares sätt att arbeta långt mera af radikal, reformatorisk verksamhet och mer af verklig effektiv profylax, än i det ofvan skildrade mjölkdroppeprogrammet. Och lika visst, som att idealet för en sund och lycklig uppfödningsmetod ligger i möjligheten för barnet att näras vid sin moders bröst, lika klart är det, att det mål »les consultations» satt sig före, är viktigare och högre än det, som innefattas i det ursprungliga mjölkdroppeprogrammet.

I själfva verket har detta ursprungliga motsatsförhållande med den detsamma åtföljande animositeten mellan de skilda företagen ej varit utan betydelse för främjandet af den goda saken. Så småningom hafva allt fler och fler mjölkdroppar kommit till insikt om bristerna i det ursprungliga systemet samt i sammanhang härmed börjat taga hand äfven om bröstbarnen och mera målmedvetet söka drifva propaganda för den naturliga uppfödningsmetoden. Och å andra sidan hafva »les consultations» inseende, att den onaturliga uppfödningsmetoden dock ej kan i ett slag fördrifvas och att äfven de under densammas faror lidande behöfva skydd, öppnat sina portar för allt flere och flere af de modersbröstet beröfvade småttingarne och försett dem med god och sund mjölk.

Så har sålunda allt mer och mer skillnaden mellan en »goutte de lait» och en »consultation des nourrissons» bortfallit. Detta förhållande fick ett talande uttryck på den 1905 i Paris afhållna första internationella mjölkdroppekongressen,

där som program för mjölkdropparnes verksamhet fastslogos följande punkter — *och märk väl* — i följande ordning:

1) Elles donnent des conseilles aux mères,

2) Elles encouragent l'allaitement maternel,

3) Elles distribuent du lait, quand le sein fait défaut ou est insuffisant.

Genom detta kongressuttalande hafva alltså mjölkdropparne åtminstone i princip satt de ursprungliga »consultations des nourrissons» verksamhet som hufvudpunkt på sitt program, eller med andra ord blifvit verkliga »consultations» försedda med mjölkkök och sålunda inträdt som värdefulla kampmedel i striden mot den onaturliga uppfödningsmetoden.

Jag har med flit uppehållit mig vid ofvanstående punkter i mjölkdropperörelsens utveckling, ty de synas mig värda att beaktas. I alla företag, som startas i syfte att förbättra vården om de späda barnen, måste — därom äro alla fackmän ense — sättas som hufvudmål: *modersbröstet åt den späda varelsen!* Detta är den enda sunda, den enda sant mänskliga lösningen af frågan. Väl är jag medveten om, att detta ideal ej låter sig utan vidare ernås. Så enkelt är ej problemet. Betydande, invecklade och svårlösta sociala missförhållanden i mängd hänga intimt tillsammans med vanvården af de späda små, men svårigheterna få ej afskräcka oss att pruta af på de enda rimliga fordringarna, eller att, där vi se någon möjlighet att hålla vägen öppen till modersbröstet för någon eller några af dessa små, ej med alla till buds stående medel söka hålla den fri.

Fostran af ett lifskraftigt och sundt släkte kan aldrig börja för tidigt och modersmjölken och modersvården är det första och bästa stöd, vi kunna gifva den nykomne medborgaren. Detta torde vara en självklar sanning, men den behöfver göras lefvande bland vårt folk för att kunna verka befruktande. Inga torde härvid vara närmare till hands att verka som folkupplysare och uppfostrare än läkarne och särskildt de, som förestå dessa mjölkdroppsinrättningar.

Ingen vill säkerligen förneka, att de här i landet befintliga mjölkdropparne göra samhället gagn, men dock synes det mig, som om vi med nej måste besvara den frågan, om de också äro inrättade så, att de på *bästa* sätt fylla sin uppgift.

Ty se vi oss omkring, — huru många af våra mjölkdroppar hafva gjort till sitt det ofvanstående programmet, som utvecklingen fört med sig i en del andra länder? Huru många af våra mjölkdroppar göra sålunda till sin *hufvuduppgift* att lämna råd och upplysningar åt mödrarna eller understöd och hjälp till dem för att söka bibehålla barnet vid *bröstet?* Huru

många af dem sätta som sitt *hufvudändamål* en *kraftig* propaganda i ord och gärning för den *naturliga* uppfödningsmetoden? Huru många af dem besökas öfver hufvud taget af *bröstbarn?* Och huru många af dem sträfva efter att *redan från de första veckorna,* innan ännu mänget barn tagits från bröstet, få hand om detsamma?

Det synes mig, som om denna, den *viktigaste* delen af mjölkdropperörelsen, här i landet vore alltför mycket försummad. En ändring i mjölkdropparnes verksamhet i denna riktning skulle dock ej vara annat än till gagn. Detta visar tillräckligt mjölkdropperörelsens historia, och bland fackmännen på området torde därom ej råda mer än en mening. I denna tidskrift har för öfrigt d:r *H. Ernberg* i en läsvärd uppsats (»Om upplysnings- och understödsbyråer för mödrar», 1906, n:r 41), redan gjort sig till tolk för samma åsikter. Men det gäller att omsätta dessa råd i handling! Glädjande nog visar sig också på sista tiden vissa tecken till en ändring i förhållandena i denna riktning. Så har i Stockholm »Maria mjölkdroppe» helt nyligen upptagit på sitt program följande punkt: »att genom understöd och råd till sådana mödrar inom Maria församling, som till äfventyrs genom lämplig hjälp skulle kunna blifva i stånd att själfva amma sina barn, söka bevara det naturella uppfödningssättet i största möjliga utsträckning». När skola vi få dylika punkter upp på öfriga i landet befintliga mjölkdroppars program? Och när skola de ifrån att nu, såsom på ofvannämnda förenings program, stå anspråkslöst som sista punkt på programmet rycka upp som *hufvudpunkt* på detsamma?

Särskildt, där det gäller att starta nya företag, synes det mig af vikt att dessa synpunkter mera beaktas, de äro då också kanske lättare att genomföra. Först när våra mjölkdroppar ombildas till dylika »Upplysnings- och understödsbyråer för mödrar», hvarom d:r *Ernberg* i ofvannämnda uppsats talar, kunna de anses hafva på *bästa* sätt löst sin uppgift. Helt säkert skulle en stor del af de medel, som nu hopbringas för att uteslutande komma flaskbarnen till godo, på ett bättre sätt kunna utnyttjas, om man, följande exemplet från »Maria mjölkdroppe», använde dem att i stället söka nedbringa dessas antal.

Måhända skulle det äfven här i landet kunna visa sig ändamålsenligt, att i de städer, där barnbördshus eller asyler för nyförlösta kvinnor finnas, på något sätt sammankoppla en mjölkdroppeverksamhet med dessa inrättningar. Det vore på så sätt helt säkert lättare att i tid kunna träda skyddande och hjälpande emellan, i det man kunde få hand om barnen redan

från födelsen och hade lättare att med alla medel: öfvertygelse, uppmuntran, understöd i en eller annan form söka bispringa särskildt de barn, som man hade anledning annars frukta skulle utsättas för den onaturliga uppfödningsmetodens alla vanskligheter. I alla händelser skulle man i kontakt med en dylik inrättning lättare kunna få hand om barnen så tidigt som möjligt och därmed från början kunna leda uppfödningen i förnuftiga banor, den må nu ske med bröst eller med flaska.

Men äfven en annan synpunkt synes mig tala för att söka få en samverkan till stånd mellan barnbördshusen och mjölkdropparne. På flera af våra barnbördshus utbildas barnmorskor. Dessa äro ju vanligen särskildt de fattiga mödrarnas första, ofta enda rådgifverskor i uppfödningen och vården af det nyfödda barnet och på de råd, dessa gifva, kommer ofta barnets närmaste framtid att bero. Blefve barnmorskeeleverna i tillfälle att följa en på nämnda sätt med deras utbildningsanstalt i nära kontakt stående och af kompetent person ledd mjölkdroppe, ligger det i öppen dag, hvilken betydande faktor man härigenom så småningom skulle införa i kampen för en förnuftigare vård om de späda barnen.

Att mjölkdropperörelsen verkligen blifvit en faktor att räkna med och under de sista åren vunnit en betydlig spridning i skilda länder framgår kanske bäst af det förhållandet, att man ansett sig böra anordna internationella kongresser för dryftande af därmed sammanhängande frågor. Den 1:sta af dessa kongresser hölls i Paris år 1905, den 2:dra i ordningen har helt nyligen gått af stapeln i Brüssel detta år. Det är öfver förhandlingarna på denna, jag här skulle vilja lämna en kortfattad öfversikt.

Medan den 1:sta kongressen inskränkte sig till behandlande af frågor, som uteslutande rörde sig om mjölkdropparne och deras verksamhet, hade däremot programmet för den i Brüssel i Palais des Academies den 12:te sept. i år sammanträdande kongressen undergått en betydlig utvidgning. I öfverensstämmelse med den idé, som besjälade organisationskommitténs medlemmar, var också den fråga, som först framlades till behandling den, om det kunde anses lämpligt att utvidga ramen för de följande »gouttes de lait»-kongressernas arbeten till att på sitt program upptaga *alla* frågor, som sammanhänga med förstag och sträfvanden i allmänhet med syfte att söka förbättra vården om de späda barnen, samt i öfverensstämmelse härmed ändra namnet på de följande kongresserna. Detta

förslag blef också kongressens beslut. Namnet på dessa kongresser kommer sålunda hädanefter att blifva: »Congrès international de la protection de l'enfançe du premier âge (goutte de lait)».

Nästa punkt på programmet upptog till diskussion frågan om företagen till förbättrande af vården om de späda barnen i allmänhet och mjölkdropparne isynnerhet kunde betraktas som ett verksamt medel i kampen mot tuberkulosen. Diskussionen rörde sig närvid hufvudsakligen om mjölkdropparnes roll och erbjöd föga af intresse. *Comby* (Paris) var af den meningen, (en mening, som för öfrigt tycktes allmänt delas af de i diskussionen deltagande), att tuberkulosen ej öfverfördes till de späda barnen genom mjölken, utan hade sitt ursprung från smittohärdar i barnets personliga omgifning, och att mjölkdropparne därför ej kunde motverka tuberkulosens spridning. Häri instämde flere talare. *Schlossman* (Düsseldorf), som tydligen hade sorgliga erfarenheter angående en del tyska mjölkdroppars verksamhet och skötsel, påstod till och med, att mjölkdropparne, såsom främjande den *onaturliga* uppfödningsmetoden, kunde blifva till verkliga spridare af tuberkulosen, ett yttrande, som föranledde kraftiga protester från fransmännens *(Dufour)* sida, enär deras mjölkdroppar energiskt kämpade för den *naturliga* uppfödningsmetoden. Det betonades äfven från en del håll, att en väl skött mjölkdroppe genom sin läkarkontroll, sitt inplantande af allmänna hygieniska regler och sin inspektion af hemmen dock indirekt vore ägnad att utgöra ett led i kampen mot tuberkulosen, i hvilken riktning äfven kongressen uttalade sig.

Efter denna debatt följde en diskussion angående lämpliga åtgärder för vinnande af en effektiv kontroll öfver mjölkproduktion och mjölkförsäljning. *M. René Henry* (Brüssel) lämnade en öfversikt öfver förhållandena i detta hänseende i 16 olika länder. Allmänt uttrycktes önskemålet att på lagstiftningens väg söka vinna ökad kontroll häröfver och att särskildt den för spädbarn afsedda mjölken skulle (såsom i en del kommuner i vissa länder) underkastas särdeles sträng tillsyn och endast få försäljas af personer eller anstalter, som därtill fått särskildt tillstånd af vederbörande myndigheter och stode under dessas kontroll.

Nästa fråga rörde sig om företag och inrättningar i allmänhet med syfte att förbättra lifsvillkoren för de späda barnen. D:r *Marchandise* (Bryssel) lämnade en exposé öfver de i skilda länder existerande företagen och inrättningarna i ofvannämnda syfte samt betonade vikten af, att de i de olika länderna förefintliga, på bekämpande af den stora barnadödlighe-

ten riktade krafterna, sammanslöte sig till nationella föreningar för att ömsesidigt kunna bättre understödja och underlätta sitt arbete och därigenom vinna kraftigare resultat. Mot användande af kvinnor, som kunna gifva di, i industriens tjänst höjdes kraftiga protester, och i sammanhang härmed betonades vikten af att tänka ej blott på barnet, utan äfven på modern.

Samtidigt med ofvanstående fråga afhandlades i en annan sal frågor rörande mortalitetsstatistiken för de späda barnen i de olika länderna. Referenten var ej i tillfälle att öfvervara förhandlingarne i denna fråga, men de resulterade i tillsättandet af en internationell kommitté med uppdrag att utarbeta grundlinjerna för en enhetlig metod att användas vid upprättande af dessa statistiker.

Nästa diskussionsämne inleddes af *Lesage* (Paris) och rörde sig om måltidernas storlek och antal. *Lesage* sökte påvisa barnets behof af ett relativt stort antal måltider och höll på 2 à 3-timmars mellanrummet. En skarp kontrovers utspann sig härvid emellan *Lesage* och *Siegert* (Strassburg). Hänvisande till egen erfarenhet, äfvensom till erfarenheten från en hel del kliniker i Tyskland och särskildt på den *Czerny*'ska kliniken i *Breslau*, framhöll *Siegert* det lämpliga i så få mål som möjligt. Såväl i preventivt syfte för förhindrande af digestionsrubbningars inträdande, som äfven i socialt och därmed äfven i för barnet gagneligt hänseende, såsom öppnande större möjligheter för utomhus arbetande kvinnor att fortsätta med digifningen, förordade *S.* 5 måltider.

Nästa fråga på programmet rörde sig om de olika mjölkblandningarnas och näringsämnenas användning. Särskildt anmärkningsvärd synes mig bland dessa frågor den ringa entusiasm, som i de insända rapporterna kommer till synes vis à vis den under senare åren allt mer och mer tillgripna metoden att uppföda späda barn med okokt mjölk, och som äfven kom till synes från en del håll i diskussionen öfver denna fråga. De mera exakta undersökningar, som hittills blifvit gjorda, tyckas ej visa någon generel öfverlägsenhet hos den råa mjölken i jämförelse med den kokta *(Finkelstein)*. Denna mjölk vore mer att tillgripa som ett *läkemedel* att gifva vissa sjuka barn, men lämpade sig ej att förorda som generel uppfödningsmetod; den är svår att anskaffa i rent tillstånd (och endast i detta tillstånd är den brukbar), och därför särdeles dyrbar, dess halt af vitala nyttiga beståndsdelar torde upphäfvas af deras halt af animala ämnen, hvilka, anologt med förhållandena inom serumterapien, kunna utöfva äfven skadliga biverkningar *(Triboulet)*. Den roll, de i mjölken befintliga enzymen spela, är ännu ej klargjord och hittills ej något enda bevis framlagdt

för, att de äro för barnet på något sätt till nytta. *(Basenau)*.

Sista frågan på programmet rörde sig om de medel, som borde tillgripas för att i så vida kretsar som möjligt sprida intresse för och kunskap om en rationell barnavård. Här framställdes allmänt önskemålet att så mycket som möjligt sprida mjölkdroppeinstitutionerna. Från flere håll framhölls nödvändigheten af att få in undervisning om hithörande ämnen i skolorna och i sammanhang härmed, att obligatorisk skolundervisning infördes i alla länder. Ett resolutionsförslag i denna riktning antogs äfven, trots lifliga protester från den belgiska bestyrelsens sida, som ville göra gällande, att ett uttalande i denna riktning skulle få en politisk karaktär (i Belgien existerar nämligen ej någon obligatorisk skolundervisning) och sålunda ej anstode kongressen att framkomma med.

Afslutningsmötet saknade ej sina pikanta poänger. Bland de efter de föregående debatterna antagna resolutionerna, hvilka vid detta sammanträde, efter att hafva passerat redaktionen, framlades för kongressen för att i slutgiltig form antagas, befanns beträffande den sista frågan på programmet själfva hufvudklämmen om den obligatoriska undervisningen af den belgiska redaktionskommittén, som tydligen tillhörde de rätttrognas skara, struken och ersatt med de oskyldigare orden, att upplysning i dessa ämnen borde befrämjas med alla till buds stående medel. Detta föranledde en ytterst häftig protest från den ursprungliga resolutionens anhängare. Ett formligt oväsen uppstod, under det de mest olika meningar om hvad som blifvit antaget och icke antaget gjorde sig gällande. Under det larmet nådde sin höjdpunkt steg emellertid den person (en rysk professor), som framlagt den antagna resolutionen, fram till ordförandebordet, framfordrade referatet öfver sitt anförande och uppläste det med af rörelse darrande stämma. Under öronbedöfvande jubel och föremål för de lifligaste lyckönskningar trädde ryssen tillbaka till sin plats och motståndarne hade intet annat val än att finna sig i den ursprungliga formuleringen.

I sammanhang med kongressen gjordes besök på en del gouttes de lait, consultations des nourissons, Nutritia-bolagets i Laeken stallar och mjölkanstalt m. m. Flera festliga kollationer, såsom hos guvernören, medicinalförvaltningens chef m. fl. voro arrangerade för kongressdeltagarne, äfvensom en del utflykter, såsom till Ostende, Antwerpen. För öfrigt hade Belgiens sköna och lifliga hufvudstad själf en riklig mängd sevärdheter och lockelser att bjuda på såsom omväxling i programmet, hvarjämte det hela tiden rådande strålande vädret

bidrog att göra vistelsen så angenäm som möjligt för främlingarne.

Ser man på kongressens arbete i stort, torde man knappast kunna anse, att de förda diskussionerna erbjudit särdeles mycket af särskildt stor vikt och intresse. Deltagandet i diskussionerna var visserligen mycket lifligt, men några verkligt nya eller mera lyftande idéer fick man ej till lifs. En viss brist på sammanhållning och ledning trädde vid vissa tillfällen på ett störande sätt emellan, och de festligheter, som afhöllos, verkade mera parad, än tillställningar egnade att sammanföra de olika ländernas representanter till närmare bekantskap med hvarandra.

Utan sin betydelse synes mig dock dessa kongresser ej vara, och det synes mig uppenbart, att den goda idé, som ligger till grund för deras verksamhet, dock i sig innesluter alltför mycket af sundt berättigande och verklig vinst för samhället för att ej kunna äga en verklig lifskraft i sig, så att den under en nära framtid skulle kunna alltmera utvecklas. Särskildt, hvad den nyss afhållna kongressen beträffar måste äfven villigt erkännas, att förarbetena till densamma förts på ett förträffligt sätt af den belgiska organisationskommittén. I alla punkter på programmet hade sålunda kongressmedlemmarne redan månader eller veckor i förväg erhållit af särskildt därtill utsedda och kompetenta personer från de olika länderna uppsatta, uttömmande utredningar i form af till kongressen ställda rapporter. Bland dessa rapporter finnes mycket af verkligt intresse och värde, särskildt gäller detta om den samling, i hvilken de i olika länder befintliga inrättningar, företag, lagbestämmelser m. m. med syfte att förbättra spädbarnsvården närmare skildras, uppgifter, hvilka helt naturligt äro af stor vikt att hafva tillgång till, särskildt då det gäller startandet af nya företag i denna riktning, men som i allmänhet äro förenade med stort besvär och svårighet att anskaffa.

Ett ej oviktigt resultat af kongressens verksamhet torde äfven vara bildandet af en internationell förening med ändamål att i de skilda länderna drifva propaganda för den goda saken samt förbereda de kommande kongressernas program och arbete. Till president i denna förening, bland hvars medlemmar flera af pedatrikens mera framstående målsmän i de olika kulturländerna märkas, valdes professor *Escherich* (Wien).

Under mötet bildades äfven en del nationalföreningar (Frankrike, England) i syfte att ställa sig i spetsen för rörelsen i de resp. hemlanden.

Allt detta bådar ju godt för kommande tider och ingifver förhoppningar, att den år 1910 i Berlin sammanträdande »III

internationella kongressen för späda barns vård» skall visa sig kunna påräkna ett än lifligare deltagande och intresse än det, som kommit dess föregångare till del.

Periodisk litteratur.

Här meddelas de senaste tidskriftshäftenas innehåll med undantag af referat, boknyheter m. m

Tidskrift for den norske Lægeforening, n:o 21. *E. Meinichen:* Principerne for den hygienisk-diætetiske kurmetode ved mit sanatorium.

Ugeskrift for Læger, n:o 42—45. *Alfred Pars:* Lidt om Appendicitis. — *S. Bang:* Om Sanatoriekritik. — *K. Nørregaard:* Notitser fra Praksis. — *Knud Hansen:* Lidt om den reumatiske Infektion i Barnealderen.

Medicinsk Revue, n:o 11. *O. Malm:* Tuberkulosens smitteveie.

Tidskrift i Militär Hälsovård, n:o 3. *E. Boman:* Den nya militära sjukvårdsstyrelsen. — *Th. Rudenschöld:* Några grundlinjer för svensk frivillig sjukvård i fält. — *J. N. Wirseen:* De tvifvelaktiga hjärtsjukdomarnas diagnos och deras betydelse för militärtjänsten. — *G. Nilson:* Om sjukvårdsfartyg.

Hygiea, n:o 11. *Gunnar Holmgren:* Till frågan om angina scleromembranacea S. Vincenti. — *C. Adlercreutz:* Om pankreas-cystor och deras kirurgiska behandling. — *Halvar Lundvall:* Blodundersökningar på sinnessjuka.

Norsk Mag. for Lægevidenskaben, n:o 12. *E. Bode:* Sectio cæsarea. — *G. A. Guldberg:* Om Osebergskibets menneskeknokler fra den yngre jernalder. — *Chr. M. F. Sinding-Larsen:* Om skrofulose. — *V. Uchermann:* Et tilfælde af dødelig venøs blødning fra øregangen hos et spædbarn.

Hvarjehanda notiser.

Jubileumsfondens sanatorier. Vid början af innev. dec. månad var antalet patienter, som väntade på ledig plats vid sanatorierna, följande:

	Män			Kvinnor		
	Hålahult	Österåsen	Hessleby	Hålahult	Österåsen	Hessleby
Plats i helenskildt rum à 3,50 pr dygn	—	—	4	—	5	8
» i halfenskildt » » 2,50 » »	3	5	13	9	4	26
» i allmänt » » 1,25 » »	60	42	43	36	14	39
» i » » » 0.50 » »	55	53	55	56	22	55

Nordvästra Skånes läkarförening hade den 9 november ordinarie sammanträde i Helsingborg under ordförandeskap af reg:tsläk. E.

Möller. D:r O. von Essen höll föredrag: om indikationen för radikalt ingrepp vid inflammatoriska sjukdomar i näsans bihålor.

Norrköpings läkarförening sammanträdde den 30 november. Därvid demonstrerades af d:r Philip en 12-årig gosse med myxödem. D:r Fischer demonstrerade 3 patienter, på hvilka han gjort ophtalmoreaktion med Tuberculin-Test; samt höll sedan ett föredrag om »De nuvarande metoderna för bestämmande af magsäckens gränser».

Föreningen för invärtes medicin sammanträdde den 6 dec. i d:r Sjögrens laboratorium. Sedan d:r Sjögren förevisat laboratoriet, redogjorde han för den radiologiska undersökningen af ventrikeln och demonstrerade i några fall ventrikeln radiologiskt. Docent Hwass visade ett fall af hemiatrophia facialis progressiva.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) at ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes; [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Extra prov.-läk.-tj:n i Jockmocks distr.[2]) (distr. omfattar Jockmocks socken med Kvickjocks kapell af Norrbottens län; invånare den 1 jan. 06: 5,220: löneförmåner: 3,000 kr. + fri bostad)	16 dec.
Sex underläk.-tj:r v. garnisonssjukhuset i Stockholm[2]) (att innehafvas 1 jan.—30 juni 1908)	16 dec.
Underläk. tj:n v. Kristinehamns hosp.[3]) (tillträdes 1 jan.)	18 dec.
Extra prov.-läk.-tj:n i Grundsunda distr.[2]) *(nyinrättadt;* distr. omfattar Grundsunda kommun i Västernorrlands län med station i Husums by; lön: 2,800)	21 dec.
Extra prov.-läk.-tj:n i Väddö distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny *tre*årsperiod)	21 dec.
Hospitalsläk.-tj:n i Vadstena[3]) *(nyinrättad)*	23 dec.
Hosp.-läk.-tj:n i Vänersborg[3]) (d:o)	23 dec.
Hosp.-läk.-tj:n i Kristinehamn[3]) (d:o)	23 dec.
Hosp.-läk. tj:n i Lund[3]) *(nyinrättad)*	27 d:c.
Hosp.-läk.-tj:n i Uppsala[3]) (d:o)	27 dec.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Härnösand[3]) *(ånyo* ledigförklarad; löneförmåner: 2,000 kr. jämte bostad och kost)	27 dec.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Vänersborg[3]) *(nyinrättad);* löneförmåner: 2,000 kr. jämte 500 kr. i kostpenningar + bostad och frukost)	27 dec.
Underläk.-tj:n v. Vänersborgs hosp. o. asyl[3]) (kvinnoafd:n)	27 dec.
Två underläk.-tj:r v. Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm (den ena vid med., den andra vid kirurg. afd:n; sökas hos hälsovårdsnämnden)	27 dec.
Läk.-befattn:n v. kronohäktet i Ängelholm (ansökan, ställd till fångvårdsstyr:n, inl. hos Kon. Befhde i Kristianstad)	28 dec.
Reg:tsläk.-tj:n v. Dalreg:tet[1])	28 dec.
Prov.-läk.-tj:n i Nysätra distr.[1])	28 dec.

Underläk.-tj:n v. Växjö hosp:s kriminalafd.[3]) (*ånyo* ledigförklarad; löneförmåner: 3,000 kr. — för kand. 2,500 kr. — jämte bostad och kost) 28 dec.
Hosp.-läk.-tj:n i Piteå[3]) (*nyinrättad)* 30 dec.
En bat.-läk.-tj. v. Svea trängkår[1]) 7 jan.

Lediga resestipendier:

Resestipendier å högst 500 kr. under 1908 för 1:e prov.-, prov.- extra och bitr. prov.- samt stadsläkare[1]) 31 dec.
Resestipendier å högst 500 kr. under 1908 för ordinarie läkare vid länslasarett och därmed likställda sjukhus[1]) 31 dec.
Ett resestipendium å 500 kr. för vid rikets hospital och asyler anställda läkare[1]) 31 dec.

Af Kungl. Maj:t utnämnda och transporterade:

Till prov.-läk. i Målilla distr.; prov.-läk. i Slite distr. *K. P. Tollin.*

Af Med.-styr:n utnämnda och förordnade:

Till förste las.-underläk. i Gäfle (fortfarande ett år fr. 1 dec.): lic. *E. Landelius.*
Till las.-underläk. i Jönköping (tre år fr. 6 dec.) lic. *G. Wirde.*
Till fältläk.-stip. 1:a kl.: kand. *K. E. J. Weisner.*
Till civil stipendiat (för fem år fr. 1 jan. 08): lic. *C. A. Lindgren.*

Af vederbörande myndighet antagna:

Till distr.-läkare i Göteborg (fortfarande tre år fr. 1 okt. 07): lic:rna *E. Rydelius, F. O. Åberg, V. Bruhn.*
Till distr,-läkare i Göteboıg (fortfarande tre år fr. 1 jan. 08): lic. *R. Hålén.*

Apoteksprivilegier tilldelade:

Ex. apot. *C. W. Wikner* å apoteket i Sotholm.
Ex. apot. *J. F. Hasselhuhn* å apoteket i Mörtfors.

Sökande:

Till *prov.-läk.-tj:n i Sundsvalls distr.* (i ordn. efter tj:år): prov.-läk. Törnell i Hvetlanda, ex. prov.-läkarna Hahn i Motala, och Dahlborg i Rimbo, 1:e stadsläk. Elfström i Sundsvall och ex. prov.-läk. Lindwall i Rättvik.
Till *1:e stadsläk.-tj:n i Halmstad:* ex. prov.-läk. Alling i V:a Vram, 1:e prov.-läk. Bissmark i Linköping, stadsläk. E. Börjeson i Trosa, t. f. 1:e stadsläk. O. Ekecrantz i Halmstad, docenten af Klercker, Lund, lic. S. Köhler, Halmstad, stadsläk. Lundquister i Sköfde, docenten Oelreich, Lund, lic. S. D. Sommarin, Stockholm, lic. A. Wimer, Halmstad.

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *A. Ternell* t. f. ex. prov.-läk. i Västanfors distr. 20 dec.—3 jan. (t.).
Lic. *Hj. Svensson* t. f. asylunderläk. i Vänersborg fr. 1 dec. tillsvidare.
Civ.-stip. *Areschoug* t. f. prov.-läk. i Torps distr. 7—30 dec. (s).
Fältl.-stip. *C. L. L. Norrlin* ex. läk. v. Norrlands trängk. (v).

Död:

Provinsialläkaren i Hjo distrikt m. m., medicine licentiaten *Sven Törnmarck* afled den 9 dennes vid 62 års ålder.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 20 december 1907.

4:e årg. | Redaktion: Knut Kjellberg och Hjalmar Forssner. | N:o 51.

Innehåll: Laveran: Föredrag. — N. Englund: Förslaget till stadganden rörande rättsmedicinska undersökningar. — Den nya pensionslagen. — Med. styr:n och arméförvaltningens sjukvårdsstyrelse. — Bokanmälan — Insändt. — Läkartaxan § 7 : 2. — Johan Almkvist: Ett steriliserbart katheter-etui. — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser. — Epidemiöfversikt. — Meddelande.

Föredrag hållet i Vetenskapsakademien d. 11 december 1907.

Af

Alphonse Laveran.

(Öfversättning från originalmanuskriptet af *Julia Kinberg.*)

Då mina lärda kolleger vid Karolinska Institutet hafva gjort mig den stora äran att tilldela mig årets Nobelpris i medicin för mina undersökningar öfver sjukdomar, förorsakade af protozoer, åligger det mig enligt Nobelstiftelsens stadgar att redogöra för mina viktigaste undersökningar rörande denna fråga.

Jag måste gå tämligen långt tillbaka i tiden för att omtala, hur jag kommit att sysselsätta mig med de patogena protozoerna.

År 1878, då jag lämnat min anställning som professeur agrégé vid Ecole de médecine militaire du Val-de-Grâce, blef jag skickad till Algeriet och öfvertog en afdelning vid sjukhuset i Bône. Ett stort antal af mina sjuka voro angripna af sumpfebrar, och jag fick således tillfälle att studera dessa febrar, af hvilka jag i Frankrike endast iakttagit eporadiska och godartade fall.

Sumpfebern, som är nästan okänd i Norra Europa, har redan i syd-Europa, i Italien och framförallt i Grekland, stor

betydelse. Febrarna äro på många platser den förhärskande sjukdomen och uppträda under allt svårare former. Vid sidan af de intermittenta febrarna uppträda äfven de kontinuerliga och de s. k. perniciösa febrarna. I tropikerna och de subtropiska länderna intaga de endemiska sumpfebrarna nästan öfverallt främsta platsen bland sjuklighets- och dödsorsakerna och utgöra det förnämsta hindret för européernas acklimatisering i dessa trakter.

Algeriet har blifvit mycket mindre osundt än det var vid tiden för den franska ockupationen, men man finner ännu här och där trakter, där endemiska och epidemiska sumpfebrar hvarje år anställa fruktansvärda härjningar. Sådana platser äro stränderna af sjön Tezzara ej långt från Bône.

Jag fick tillfälle att obducera personer, som dött i perniciös feber, och studera melanämin, d. v. s. bildningen af svart pigment i blodet, hos personer angripna af sumpfeber. Melanämin var beskrifven af flera forskare, men man hade icke fäst uppmärksamheten på, att denna förändring konstant uppträder vid paludism, ej heller var man på det klara med orsakerna till pigmentbildningen.

Jag frapperades af den egendomliga karaktären hos pigmentkornen, i synnerhet hos dem, som uppträdde i lefverkapillärerna och de cerebrospinala centra, och sökte studera pigmentbildningen i blod från personer angripna af sumpfeber. Jag fann i blodet leukocyter, mer eller mindre fyllda med pigment, men utom dessa melaniserade leukocyter, fästes min uppmärksamhet på runda pigmenterade kroppar af växlande storlek och med amöboid rörelseförmåga, fria eller fastsittande vid blodkroppar, samt opigmenterade kroppar, som bildade ljusa fläckar i blodkropparna, och slutligen halfmånformiga pigmenterade celler; jag antog redan då, att det var frågan om parasiter.

År 1880 upptäckte jag vid militärsjukhuset i Constantine i blod från en person, som angripits af sumpfeber, vid kanterna af runda pigmenterade kroppar, trådformiga gisselcellliknande element, hvilka rörde sig med stor hastighet och undanträngde de närliggande blodkropparna; från denna stund hyste jag ej längre något tvifvel om den parasitära naturen hos de bildningar jag funnit.

Jag har beskrifvit de viktigaste former, som sumpfeberns hämatozo antar, i meddelanden till »l'académie de medicine» och »l'académie des sciences» (1880—1882) och i ett litet arbete med titeln: *Sumpfeberanfallens parasitära natur; beskrifning på en ny parasit, funnen i blodet hos sjuka, angripna af sumpfeber.* Paris 1881. Dessa första resultat af mina undersökningar

mottogos med mycken skepticism. År 1879 hade Klebs och Tommasi Crudeli beskrifvit en bakterie under namn af *Bacillus malariæ*, en bacill, som de funnit i jorden och vattnet i sumpfeberstrakterna, och ett stort antal italienska forskare hade gifvit ut arbeten, som bekräftade dessa författares resultat.

Den hematozo, som jag angaf som sumpfeberns orsak, liknade ej bakterier, den visade sig under egendomliga former, med ett ord, den trädde ut ur ramen för de kända patogena mikroberna, och då många forskare ej visste, hvart de skulle räkna den, funno de det enklare att betvifla dess existens.

År 1880 var blodundersökningstekniken olyckligtvis synnerligen ofullkomlig, hvilket bidrog att förlänga diskussionen om den nya hämatozoen. Det var nödvändigt att fullkomna denna teknik och uppfinna nya färgningsmetoder för att kunna tydligt påvisa strukturen hos denna hämatozo. Undersökningar bekräftande mina resultat voro i början sällsynta, men ökades mer och mer i antal; samtidigt fann man hos olika djur endoglobulära parasiter, som visade en stor likhet med sumpfeberns hämatozo. År 1889 hade man funnit min hämatozo i de flesta sumpfeberstrakterna; man kunde icke längre betvifla vare sig dess existens eller dess patogena betydelse.

Före mig hade ett stort antal forskare utan framgång sökt upptäcka sumpfeberns orsak; jag skulle likaledes ha misslyckats, om jag nöjt mig mig med att undersöka luften, vattnet eller jorden i sumpfeberstrakterna, som man hade gjort förut; jag tog till utgångspunkt för mina forskningar den patologiska anatomien och undersökning *in vivo* af sumpfeberblod, och det är på det sättet, som jag kunnat nå målet.

Sumpfeberns hämatozo är en protozo, en mycket liten protozo, eftersom den lefver och utvecklar sig uti de röda blodkropparna, hvilka hos människan ej mäta mer än 0,007 m. m. i diameter.

Man kan sammanfatta de former, under hvilka parasiten uppenbarar sig i människans blod, på följande sätt:

1) Små, icke pigmenterade element, som i de röda blodkropparne bilda ljusa rundade fläckar af 0,001—0,002 mm. i diameter. På de färgade preparaten urskiljer man en kärna i hvar och en af dessa små celler. De föröka sig genom delning i två eller flera dotterceller.

2) Amöboida celler inneslutna i de röda blodkropparna eller fastsittande vid deras yta, af växlande form och storlek, innehållande svartaktiga pigmentkorn. De största af dessa celler uppnå leukocyternas dimensioner.

På de färgade preparaten ser man en kärna i hvarje amöboid cell. De parasitbärande röda blodkropparna undergå vissa

förändringar, de blekna och öka i diameter, och försvinna slutligen. Det är lätt att förstå den konstanta, svåra anämien, då den ju är förorsakad af dessa parasiter, som hastigt utveckla sig på bekostnad af de röda blodkropparna. Förökningen sker genom multipel segmentering (rosettliknande eller segmenterade bildningar).

3) Halfmånformiga celler, som mäta 0,008—0,009 mm. i längd, och som äro mer eller mindre afsmalnade i ändarna; i midtpartiet urskiljer man en krans pigmentkorn omgifvande en kärna, som kan iakttagas endast på starkt färgade preparat.

4) Gisselceller. När man undersöker ett preparat af färskt sumpfeberblod, taget under ett anfall, ser man ofta, hurusom på kanterna af pigmenterade, runda celler, härstammande från de amöbioda eller halfmånformiga cellerna, utveckla sig mycket fina gisselceller, som mäta 0,020—0,025 mm. i längd. Dessa gisselceller, som röra sig hastigt, i det de tränga undan närliggande röda blodkroppar, sluta med att frigöra sig från de celler, på hvilka de suttit, och som, en gång fria, förlora sig ibland de röda blodkropparna.

Betydelsen af dessa gisselceller var ännu outredd, när Simond's, Schaudinn's och Siedlecki's undersökningar visade, att man påträffar analoga element hos coccidierna, och att det är fråga om hanceller, som ha till uppgift att befrukta honcellerna. Nu är det säkert bevisadt, att sumpfeberhämatozon, liksom coccidierna har två fortplantningsformer: dels en könlös representerad af de segmenterade cellerna, dels en könslig; gisselcellerna äro de hanliga elementen.

Ett stort antal forskare ha antagit förhandenvaron af flera olika slag af sumpfebershämatozoer. Jag har för min del alltid försvarat sumpfeberns liksom dess hämatozo's enhet. De föregifna olika arter, som beskrifvits under namn af tropisk sumpfeberparasit, sommar-höst-feber-parasit, tredje eller fjärde dags feber-parasit synas mig utgöra enkla varieteter af en och samma hämatozo.

Sedan man upptäckt sumpfeberparasiten i de sjukas blod, återstod en viktig fråga att afgöra: i hvilket tillstånd existerar hämatozon i yttervärlden, och hur sker infektionen. Detta problems lösning har fordrat långa och mödosamma undersökningar.

Efter att förgäfves ha försökt upptäcka parasiten i luften, i vattnet eller i jorden på sumpfebertrakterna och sökt odla den å de mest olika substrat, kom jag till den öfvertygelsen, att mikroben redan utanför människans kropp befann sig i parasiterande tillstånd och högst sannolikt såsom parasit hos myggor.

Jag uttalade denna uppfattning redan år 1884 i min

»Traité des fèbres palustres», och jag har sedermera framhållit den upprepade gånger.

År 1894 yttrade jag i ett föredrag vid internationella kongressen i hygien uti Buda-Pest öfver sumpfeberns etiologi: »De misslyckade kulturförsöken ha kommit mig att tro, att sumpfebermikroben i yttervärlden lefver i parasitärt tillstånd och jag har riktat mina misstankar på myggor, som ju finnas i stor mängd i alla sumpfebertrakter; och som redan spela en viktig roll vid filaria-sjukdomens utbredning.»

Denna uppfattning om myggornas betydelse ansågs vid denna tid af flertalet forskare såsom mycket litet sannolik.

År 1892 skrefvo två italienska forskare, som sedermera blefvo ifriga anhängare till läran om infektion genom myggor: »Laveran antar, att myggor äro de intermediära värdarna för sumpfeberparasiten. Vi invända, att myggor inte angripa fåglar — — — och för öfrigt, att det finnes många sunda trakter, där det finnes myggor i mängd. Dessutom har Calendruccio konstaterat, att sumpfeberparasiterna dö i myggornas tarm, utan att vidare utveckla sig. Laverans uppfattning saknar alltså stöd och den af oss framkastade hypotesen, att parasiterna existera i yttervärlden under amöba-form bekräftas. [1])

King [2]) i Amerika hade redan 1883 uttalat den meningen, att myggor spela en roll i sumpfeberns etiologi, men King kände ej mina arbeten öfver sumpfeberns hämatozo och kunde ej närmare angifva, hvilken denna myggornas roll skulle vara. När jag påstod, att myggor tjänade som temperära värdar åt sumpfeberparasiten, hade jag påtagligen ryckt problemet närmare in på lifvet, än King hade gjort; jag visade klart på den väg man hade att följa för att nå målet: utforska hvad det blef af parasiten i kroppen på de myggor, som hade insugit blod af sumpfebersjuka.

När jag sedan lämnade sumpfebertrakterna, blef det mig ej möjligt att verifiera den hypotes jag framställt om myggornas betydelse. Doktor Ronald Ross tillkommer förtjänsten att ha visat att sumpfeberhämatozon och en hämatozo hos fåglarna, som är *Hæmamœba malariæ* mycket närstående, genomgå flera utvecklingsfaser hos Culicider, och att de spridas genom dessa insekter.

R. Ross, hvars vackra och tålmodiga undersökningar år 1902 rättvisligen belönats med nobelpriset i medicin, har också i flera af sina skrifter erkänt, att han i sina undersök-

[1]) *G. Grassi* et *R. Feletti,* Contribuz, allo studio dei parassiti malarici, *Accad. di scienze natuali in Catania,* vol. V, série 4:e.

[2]) *King, The popular science monthly,* sept. 1883.

ningar haft en nyttig ledning i mina och P. J. Mansen's induktioner.

I våra dagar äro de omvandlingar, som sumpfeber-hämatozon genomgår i myggor tillhörande arten *Anopheles* väl kända, och numera är intet tvifvel möjligt angående dessa insekters betydelse för sumpfeberns utbredning. Jag anser det öfverflödigt att uppehålla mig vid denna fråga, hvilken ju varit föremål för en fullständig utredning af R. Ross i det föredrag, som han höll just här år 1902.

Från och med 1899 ha mina hufvudsakliga arbeten öfver sumpfebern haft till studieföremål Culicides i deras förhållande till sumpfeberendemin samt den rationella profylaxen mot denna fruktansvärda sjukdom.

Jag har studerat culiciderna i Frankrike och i de franska kolonierna och har, i en rad meddelanden dels till Académie des sciences, dels till Académie de medecine dels till Société de Biologie visat, att *Anopheles' arterna* förekomma i alla sumpfeberstrakter. Doktor Battesti och jag ha konstaterat, att *Anopheles* arter finnas i sumpfeberstrakter på Corsica, som varit ansedda som fria från dessa culicider.

Efter mina anvisningar ha på Corsica och i Algeriet bildats föreningar mot sumpfebern. Dessa föreningar ha redan gjort mycken nytta; det mål de hufvudsakligast böra sträfva efter är att bland allmänheten sprida kunskap om de nya åskådningarna angående sumpfeberns orsak, sättet för smittans spridning och den rationella profylaxen.

Jag har i år gifvit ut andra upplagan af min Traité du paludisme och i inledningen till detta arbete har jag kunnat skrifva: »Sumpfebern hvars historia för ej länge sedan var så dunkel, är för närvarande en af de bäst kända sjukdomarna. Studiet af de kliniska formerna och de anatomiska förändringarna har fullkomnats och preciserats; den hämatozo, som jag beskref 1880, har af alla författare erkänts vara sumpfeberns orsak; denna hämatozo's utbredning genom myggor är bevisad; slutligen kunna vi mot denna sjukdom sätta upp en specifik behandling och en rationel profylax.»

Jag öfvergår nu till redogörelsen för mina öfriga arbeten öfver endoglobulära hämatozoer. Antalet dylika parasiter har ständigt vuxit efter upptäckten af *Hæmamœba malariæ.*

Redan 1889 indelade jag de endoglobulära hämatozoerna eller *Hæmocytozoa* i 3 olika släkten: *Haemamœba, Piroplasma Hæmogregarina.* Af släktet *Haemamœba* har jag studerat fåglarnas hæmamœba, som står *H. Malariæ* mycket nära; jag har beskrifvit flera nya arter hos *Padda Oryzivora*, hos en mes, hos rapphönan och hos kalkonen.

Af släktet *Piroplasma* har jag år 1899 jämte herr Nicolle studerat *P. bigeminum* och *P. ovis* och beskrifvit dessa hämatozoers fortplantningsformer.

År 1901 beskref jag *Piroplasma equi* och 1903 den bacilliforma piroplasman hos Boviderna i preparat, som skickats mig af herr Teiler, veterinär i Transvaal. Åren 1903 och 1904 lämnade herr Mesnil och jag bidrag till kännedomen om Kala-azar-parasiten benämnd *Piroplasma Donovani*, upptäckt i Indien af herrar Leishman och Donovan.

Af släktet *Hæmogregarina* har jag studerat de endoglobulära parasiterna hos Chelonier, hos Batrachier, Saurier, Ophidier och fiskar.

Jag har beskrifvit formerna för den endogena förökningen hos Cheloniernas hæmogregariner och påvisat en serie nya arter.

Från 1897 till 1900 publicerade jag, ensam eller tillsammans med herr Mesnil en serie uppsatser öfver Sporozoerna i egentlig mening: Coccidier och Myxosporidier, af hvilka jag har beskrifvit flera nya arter, Sarcosporidier och Gregariner.

Under dessa sista år har jag egnat mig åt studiet af trypanosomerna, som äro orsaken till ett flertal former af boskapspest: Surra, Nagana, Dourine, Souma, etc., dessa parasiters betydelse inom patologien ökades i synnerhet sedan man påvisat, att den stora endemien, som i ekvatorial-Afrika är känd under namnet sömnsjuka åstadkommes af en trypanosom, *Tr. gambiensis.*

Trypanosomerna äro *protozoer*, som äro mycket olika de endoglobulära hämatozoerna, de lefva fritt i plasmat och ej inneslutna uti blodkropparna eller andra anatomiska element; de tillhöra Flagellernas klass. Trypanosomens protoplasmakropp är i allmänhet spolformig, mer eller mindre utdragen i ändarna. Efter färgning urskiljer man i protoplasman två kromatinmassor; en stor, belägen i cellkroppens midtparti och utgörande kärnan; en mindre, vanligen belägen vid den bakre ändan och utgörande centrosomen. Gisslet, som utgår från centrosomen och som förlöper längs den vågiga membranen, slutar vanligen i den främre ändan med en fri del, som utgör det egentliga gisslet.

Öfver trypanosomerna har jag publicerat ett stort antal meddelanden och uppsatser samt år 1904 jämte herr Mesnil ett arbete: *Trypanosomes et Trypanosomiases.*

Bland originalarbeten, som jag ensam eller i samarbete med andra utfört öfver frågan, vill jag nämna: undersökningar öfver Trypanosomernas och Flagellernas struktur i allmänhet, öfver trypanosomernas agglutination och villkoren för dess uppkomst; öfver trypanosomiasernas särskiljande; öfver trypanosoma hos råttor, *Tr. Lewisi*, öfver trypanosoma hos Nagana *Tr. Brucei*,

öfver trypanosoma hos Senegambiens hästar, *Tr. dimorphon*, sömnsjukans trypanosom, *Tr. gambiense*, öfver en trypanosom hos nötboskapen i Transvaal, *Tr. Theileri*, öfver 3 nya trypanosoma-arter, patogena för hästar och nötboskap i öfre Nillandet. *Tr. Cazalboni*, *Tr. Pecaudi*, *Tr. Soudanense*, öfver nya trypanosomer hos fåglar, Chelonier, Batrachier och fiskar.

Hvad fiskarna beträffar, ha herr Mesnil och jag ej blott påvisat nya arter utan äfven ett nytt släkte, *Trypanoplasma*. Trypanoplasmerna ha hittats hos sarf, karp och elritsa. Deras struktur afviker märkbart från trypanosomans hvarom man kan öfvertyga sig på väl färgade preparat. Protoplasmakroppen har vanligen form af en halfmåne; man urskiljer två kromatinmassor, en större belägen vid den convexa sidan, utgör kärnan, en mindre, starkare färgad, vanligen belägen vid den konkava sidan = centrosomen. Centrosomen ger upphof till två gissel, ett främre som genast blir fritt och ett gissel, som följer utefter den vågiga menbranen och som ej blir fritt förr än vid den bakre ändan af cellen.

Jag har publicerat flera meddelanden angående utbredningen i ekvatorial-Afrika af *Glossinar* arterna (tsétsé) och andra stickande flugor, som kunna sprida trypanosomer.

Slutligen bör jag omnämna en serie arbeten öfver trypanosoma-sjukdomarnas profylax och terapi.

Sedan år 1904 har jag visat, att arseniksyrlighet (i form af arseniksyrligt natron) åstadkommer utmärkt effekt vid infektioner beroende på *Tr. gambiense*. År 1904 och 1905 lämnade jag académie des sciences flera meddelanden öfver behandlingen af olika trypanosomiaser med tillhjälp af arseniksyrlighet och trypanrödt. Detta behandlingssätt har gifvit mig goda resultat hos möss, råttor, hundar och apor infekterade med *Tr. Evansi*, *Tr. gambiense* och *Tr. equiperium;* olyckligtvis ha de senaste undersökningarna visat, att människan dålgt fördrar trypanrödt.

Tillsammans med dr. Thoroud har jag företagit nya försök för att utröna om ej en förening af två olika arsenikpreparat skulle ge bättre resultat än arseniksyrlighet enbart eller atoxyl enbart. De resultat vi erhållit genom att förena atoxyl med arseniktrisulfid eller med arseniktrijodid ha varit mycket tillfredsställande och vi hoppas att denna nya behandling skall kunna användas vid trypaniasomias hos människan eller sömnsjuka, som för närvarande svårt härjar bland infödingarna i ekvatorial-Afrika, och som i allt flera fall angriper européer.

Korteligen, sedan 27 år har jag oaflåtligt studerat de parasitära protozoerna hos människor och djur, och jag tror,

att jag utan öfverdrift kan säga, att jag tagit en viktig del i de framsteg som vunnits på detta forskningsområde.

Före upptäckten af sumpfeberns hämatozo kände man ingen patogen endoglobulär hämatozo. I våra dagar utgöra *Hæmocytozoa* en viktig familj på grund af antalet släkten och arter och på grund af den roll, som några af dessa protozoer spela inom människans eller djurens patologi.

Genom att fästa läkares och veterinärers uppmärksamhet på blodundersökningens betydelse har studiet af de endoglobulära hämatozoerna i de tropiska länderna förberedt upptäckten af trypanosom-sjukdomarna, som också bilda ett nytt och mycket viktigt kapitel inom patologien.

Kännedomen om dessa nya patogena mikroorganismer har kastat ett klart ljus öfver ett stort antal för ej länge sen dunkla frågor. De framgångar som vunnits äro ytterligare ett bevis för sanningen af det berömda af Bacon formulerade axiomet: *Bene est scire, per causas scire.*

Förslaget till stadganden rörande rättsmedicinska undersökningar.

Af

N. Englund.

Medicinalstyrelsen har från samtliga förste provinsialläkare infordrat yttranden öfver kommitterades betänkande angående revision af de för rättsmedicinska undersökningar gällande stadganden. Red. är i tillfälle att här nedan meddela sådant yttrande från d:r *Englund* i Vänersborg, dagtecknadt den 19 sistl. oktober.

1. Beträffande kommitterades förslag till lag om rättslig liksyn — har undertecknad icke några anmärkningar att anföra — utan vill i underdånighet tillstyrka, att detsamma göres gällande.

2. Beträffande und. förslaget till nåd. stadga angående hvad vid rättsmedicinsk obduktion bör iakttagas får jag i underdånighet anföra:

Kommitterade föreslå, att 1:e prov.-läk. i hvarje län skall som regel vara obduktionsförrättare inom länet med i Stockholms och Malmöhus eventuelt ytterligare något län en annan läkare som biträdande obduktionsförrättare.

1:e prov.-läk:ns nuvarande åligganden som sådan äro fullt tillräckliga för att helt taga hans intresse, tid och arbetsförmåga i anspråk. Förslag föreligger för den skull från en annan af Eders Kungl. Maj:t tillsatt kommitté, att 1:e prov.-läkarne i de flesta länen skola befrias från skyldigheten att samtidigt vara provinsialläkare samt att hafva enskild sjukvård. Detta ehuru han, då han är upptagen af göromål som 1:e prov.-läk., kan öfverlåta arbetet med enskilda sjukvården m. m.

at en särskildt härför anställd biträdande prov.-läk. Arbetet såsom prov.-läk. i allmänhet samt med enskild sjukvård står emellertid i närmare samband med 1:e prov.-läkarens egentliga uppgift — än hvad rättsmedicinen gör.

Enligt undertecknads erfarenhet från Älfsborgs län ökas 1:e prov.-läkarens göromål för hvarje år, allt i den mån vikten af den allmänna hälso- och sjukvården alltmera inses och beaktas. Det blir ingen tid öfrig för enskild sjukvård, och endast med stor svårighet är det möjligt att nödtorftigt följa med vetenskapens framsteg, rön och tekniska hjälpmedel beträffande hälso- och sjukvården.

Att på samma gång tillfredsställande behärska och tillfredsställande tillgodose såväl hälso- och sjukvården som rättsmedicinen är icke för 1:e prov.-läkaren möjligt, helst som synnerligen mycken tid för honom upptages af expeditions- och skrifgöromål, afgifvande af infordrade yttranden, utredningar samt inspektionsresor.

Besiktningar af minderåriga vid industriella verk böra lämpligen anförtros åt 1:e prov.-läkaren, helst denne samtidigt kan ägna tillsyn åt de sanitära förhållandena såväl i de industriella arbetslokalerna som industrisamhällena. För Älfsborgs län hade undertecknad ett par års tid förordnande att besiktiga minderåriga i ungefär hälften af länets industrier, men måste begära entledigande från större delen däraf, enär jag endast med svårighet kunde och medhann fullgöra uppdraget.

Enligt kommitténs för omreglering af prov.-läk.-distrikten i riket förslag skulle det tillkomma 1:e prov.-läk. att besiktiga ifrågavarande minderåriga hvar inom sitt län. Härtill torde komma jämväl tillsynen af sannolikt tillkommande kur- och vårdanstalter för lungsiktiga. Ökadt arbete med jämväl andra allmänna hälso- och sjukvården berörande angelägenheter torde helt visst taga 1:e prov.-läkarens tid och arbetskraft i anspråk i allt högre grad.

1:e prov.-läk.-institutionen är jämförelsevis ny och har ovedersägligen redan hunnit uträtta åtskilligt till befrämjande af allmänna hälso- och sjukvården. Det skulle, synes det mig, därföre vara mindre välbetänkt att redan nu förrycka densamma genom att splittra 1:e prov.-läkarens krafter på två så jämförelsevis skilda områden, som allmänna hälso- och sjukvården och rättsmedicinen.

Allmänna hälso- och sjukvården är onekligen af så stor betydelse för det allmänna, att den kräfver sin man helt och odeladt — åtminstone i Älfsborgs vidsträckta län.

Enligt kommitterades uppgifter förekommo i Älfsborgs län under tiden 1890—1905 i medeltal 15,75 rättsmedicinska obduktioner; ett år 25, ett annat 22. — Hvarje sådan förrättning kräfver med säkerhet i medeltal minst 3 dagar; därtill kommer i åtskilliga fall särskilda skrifverier, tid för att sätta sig in i frågan m. m.

I Älfsborgs län skulle arbetet i rättsmedicinen kräfva allra minst ett femtiotal dagar af 1:e prov.-läkarens tid utom en del, så att säga splittrad tid. Är redan nu 1:e prov.-läkarens tid skäligen strängt upptagen och blir denna af alltfort ökade göromål i allmänna hälso- och sjukvården ännu mera utfylld — och att så kommer att ske är visst — så finnes ingen möjlighet för 1:e prov.-läkaren i detta län att därjämte kunna handhafva rättsläkareinstitutionen. Med full rätt, enligt mitt förmenande, anser kommittén, att rättsläkareinstitutionen har att fylla en ansvarsfull och ytterst viktig uppgift, som icke får hafva en karaktär af tillfällighet och osäkerhet (sid. 49). Kommittén medger också (sid. 49), att rättsmedicinska obduktioner, utom det, att de äro synnerligen maktpåliggande, kunna vara mycket besvärliga och tidsödande.

Omsorgen om den lefvande befolkningens hälsa och lifskraft måste förblifva 1:e prov.-läkarens hufvuduppgift. Han kan då icke lämpligen betungas med en ytterligare, maktpåliggande samt mycket besvärlig och tidsödande och för hans hufvuduppgift skäligen främmande uppgift, rättsmedicinen.

Med stor bestämdhet anser jag mig på nu anförda grunder böra i underdånighet afstyrka nådigt bifall till kommitterades förslag därutinnan, att 1:e prov.-läkarne skulle åläggas att i respektive län förrätta de rättsmedicinska obduktionerna.

Kommitterades förslag, *att tvänne läkare* böra deltaga i rättsmedi cinska obduktioner anser jag mig böra *obetingadt tillstyrka*. Detta är ett länge kändt och ofta betonadt behof och önskemål.

Enligt undertecknads åsikt, hvilken stöder sig på egen erfarenhet — såväl som på andras vid ärendets förhandlingar gjorda uttalanden, skulle en dylik anordning vara till synnerligt gagn, stöd och trygghet för obduktionsförrättaren och medföra för resultatet af förrättningen en ökad tillförlitlighet. Anordningen komme också att bereda läkarne mera tillfälle[1]) till öfning i förrättningarna och dymedels jämväl öka deras färdighet och vana.

Hvad som i synnerlig hög grad försvårat obduktionerna har varit att de oftast måst förrättas under ytterligt försvårande »yttre förhållanden»: ute i det fria eller i olämpliga, dåligt belysta, under kallare årstid ouppvärmda lokaler, såsom grafkapell, uthus, kyrkor, »vapenhus» till kyrkor o. d. och detta utan tillräckliga hjälpmedel och med oduglig handräckning. Den mest vane och duglige obduktionsförrättare blir under sådana förhållanden strandsatt. Detta är en omständighet, som landsortsläkarne ideligen måst framhålla såsom en ytterligt försvårande omständighet, och helt visst skulle anförda brister beträffande rättsmedicinska obduktioner icke ofta förekommit, därest förrättningen fått företagas i för ändamålet lämplig lokal med nöjaktig handräckning.

Kommitterade synas icke hafva tillräckligt beaktat denna omständighet.

Obduktionslokalens lämplighet bör särskildt betonas och kraffven i sagda hänseende bestämdt preciseras, t. ex. att den skall vara tillräckligt rymlig, väl belyst och uppvärmbar.

Uttrycket »lämplig obduktionslokal» förekommer i nu gällande nådiga stadga angaende rättsmedicinsk undersökning af den 29 januari 1886. Obduktionslokalerna hafva det oaktadt i regel varit högst olämpliga. Stundom har vederbörande kronolänsman icke med bästa vilja kunnat anskaffa lämplig lokal. Kommunerna eller tingslagen hafva ingen skyldighet hålla sådana. Så länge stadgande ej förefinnes om att dylik lokal skall af kommun eller tingslag eller annan menighet hållas, blir svårigheten oafhjälpt och obduktionerna i regel mindre tillfredsställande.

Föreskrift är därför nödvändig ej blott rörande obduktionslokals beskaffenhet. utan ock därom att sådan lokal skall finnas samt om hvem som skall bekosta den.

Det synes mig, som borde *tingslagen* förpliktigas hålla obduktionslokal. (I vissa fall torde dylik lokal framdeles kunna komma att finnas vid epidemistugorna). Angelägenheten bör genom stadgande ordnas.

En ytterligare omständighet, hvilken ofta inverkar försvarande för obduktionsförrättaren, äro de ofta ofullständiga och stundom vilse-

[1]) De få vara med om obduktionerna i tvänne distrikt.

ledande s. k. polisförhörsprotokollen och andra handlingar, hvilka föreläggas obduktionsförrättaren.

Därest förslaget till lag om rättslig liksyn blifver gällande, torde denna nu antydda olägenhet och bristfällighet blifva i väsentlig grad afhjälpt.

Under förutsättning af *att* förslaget till lag om rättslig liksyn blifver gällande och hvarigenom tillförlitligare och fullständigare protokoll från likbesiktningen m. m. komme obduktionsförrättaren tillhanda, *att* bestämmelse utfärdas därom att för rättsmedicinska förrättningar lämplig obduktionslokal ovillkorligen skall stå obduktionsförrättaren till buds äfvensom *att* obduktionsförrättaren tillförsäkras biträde af annan legitimerad läkare, samt dessutom erhåller nödig handräckning — så hyser undertecknad den öfvertygelsen, att tjänsteläkarne i allmänhet skola på ett tillfredsställande sätt ombesörja nu i fråga varande rättsmedicinska förrättningar hvar inom sitt distrikt.

Pröfvas det nödigt, att rättsläkareinstitutionen får sin särskilda målsman, då bör, enligt undertecknads åsikt, steget tagas fullt ut och särskilda rättsläkare tillsättas, med större områden, och hvilkas hufvudsakliga, för att ej säga enda uppgift skall vara att förrätta rättsmedicinska obduktioner och afgifva utlåtanden i dithörande ärenden. Den omständigheten, att denne rättsläkare kan samtidigt erhålla förordnande att verkställa 2 eller flere förrättningar, bör icke göra förslaget om intet; samma invändning kan nämligen göras emot förslaget, att 1:e prov.-läkaren skall vara obduktionsförrättare. Afståndens storlek bör icke häller inverka afsevärdt, då i regel hufvudsakliga sträckorna kunna tillryggaläggas med järnväg. Jag frånser i detta fall de nordliga länen.

7. Den af kommitterade föreslagna *ersättningen* till läkare för biträde vid rättslig liksyn, för biträde vid rättsmedicinsk obduktion, äfvensom för förrättande af rättsmedicinska obduktioner är, enligt undertecknads förmenande, alltför låg.

Förrättningarna äro ej blott mödosamma och tidsödande, utan därjämte särskildt motbjudande och icke utan sina faror. Härtill kommer, att de måste betraktas såsom synnerligen grannlaga och maktpåliggande.

Man torde mången gång knappast kunna förmå en vanlig kroppsarbetare att mot ersättning af fem kronor biträda med handräckning vid en liksyn eller obduktion.

Arvodet åt läkare för en obduktion med utlåtande synes mig böra höjas till *fyratio* kronor; för biträde vid obduktion till *tjugo* kronor eller minst femton och för biträde vid rättslig liksyn till *tio* kronor. Anlitas läkare, som icke är tjänsteläkare, synes mig ersättningen i hvarje fall böra utga med något högre än ofvan föreslagna belopp, exempelvis fem kronors förhöjning för hvarje förrättning.

13. Förslag till nåd. kungörelse angående villkor för likbränning:

För medgifvande af likförbränning synes mig inga andra villkor böra uppställas än sådana, som betrygga det rättsligt bevismaterial ej genom förbränningen undanröjes. Genom rättslig liksyn och obduktion i rättsmedicinsk form med därvid förda protokoll och på desamma grundade utlåtanden bör trygghet i anförda hänseende anses uppnådd.

Föreskrifter om nämnda handlingars företeende synes mig nödig.

§ 2 borde angifva, hvem, som äger göra ansökning om bränning af lik.

En omredigering af mom. c) i § 2 af förslaget synes behöflig därhän, att tydligt framgår *dels* hvilken myndighet, som afses med uttrycket »behörig myndighet», *dels* hvad som åsyftas med uttrycket: »ifall om sådan obduktion förordnats». — Obduktion i rättsmedicinsk form bör kunna, utan förordnande af myndighet, få föranstaltas af den aflidnes anhöriga (på grund af lifförsäkring eller annan anledning).

»Bevis», att den aflidne i lifstiden förordnat om bränningen eller därom uttalat bestämd önskan — kan möjligen blifva svårt att i vissa fall prestera. Dylikt »bevis» synes mig ock vara obehöfligt.

Ansökning om bränningen torde böra utgå ifrån den aflidnes anhöriga, och hos dem bör man få förutsätta den pietet, att de icke förfara med liket på sätt, som strider mot den aflidnes i lifstiden hysta åsikt.

Det synes mig därför, som kunde mom. a) i förslaget § 2 kunna utelämnas eller åtminstone formuleras därhän att intyg bör företes därom att den aflidne icke under lifstiden veterligen uttalat sig emot att hans lik förbrännes.

Till kommitterades betänkanden i öfrigt än nu berörda delar och hvad därmed står i omedelbart samband anser jag mig icke hafva något att i underdånighet anföra.

Den nya pensionslagen.

Den af 1907 års riksdag antagna pensionslagen är, hvad provinsialläkarne beträffar, af följande innebörd.

Provinsialläkare är skyldig att från tjänsten afgå:

1) vid fyllda 62 lefnadsår; konungen obetaget att i vissa fall låta med afskedet anstå till högst fyllda 70 år.

2) före fyllda 62 lefnadsår, om läkaren, efter att under fem på hvarandra följande år hafva varit ur stånd att tjänstgöra, finnes för framtiden vara till tjänstgöring oförmögen.

3) före fyllda 62 lefnadsår, om läkaren träffats af olycksfall i tjänsten, som finnes för framtiden medföra oförmåga till tjänstgöring.

4) efter uppnådda 60 lefnadsår, om han på grund af sjukdom eller minskad arbetsförmåga befinnes urståndsatt att på ett tillfredsställande sätt fullgöra sina tjänsteåligganden, och konungen på därom af vederbörande myndighet gjord framställning sådant förordnar.

Rätt till hel pension inträder för provinsialläkare i alla här ofvan under 1, 2 och 4 anförda fall, om han vid afskedstagandet räknar 27 tjänstår. Vid afskedstagande af orsak som i 3 nämnes utgår hel pension, oberoende af tjänstårens antal (med enahanda belopp som det vid tiden för olycksfallet för läkaren gällande pensionsunderlaget).

Med tjänstår afses ej blott tiden som provinsialläkare utan äfven den tid man innehaft annan statstjänst eller ock i statens tjänst haft extra ordinarie anställning eller förordnande. Från sådan tjänstårsberäkning afräknas tid för ledighet af annan anledning än semester, sjukdom och offentligt uppdrag.

Rätt till afkortad pension inträder för provinsialläkare i alla här ofvan under 1, 2 och 4 anförda fall, om han vid afskedstagandet räknar minst 10 tjänstår, men ej 27, och då i hvarje fall till ett belopp motsvarande så många 27:de-delar af hel pension, som antalet tjänstar

anger. Vid afgång från provinsialläkartjänst under förhållanden, som vid 2 här ofvan anförts, må afkortad pension (därest den afskedstagande räknar minst 10 tjänstår), ej understiga 75 % af hel pension.

Ingen rätt till pension erhåller provinsialläkare, som vid 62 års ålder ej räknar minst 10 tjänstår, eller som afgår från tjänst, förr än han är därtill skyldig.

Som *underlag för bestämmande af pensionsbelopp* (§ 3) tjänar för tjänst med lön och tjänstgöringspengar hela lönen och för annan tjänst två tredjedelar af lönen (dock högst 6,000: — kronor).

Är i lönestat pensionsunderlag för tjänst (som f. n. för provinsialläkaretjänster är 4.000: — kr.) särskildt fastställdt, skall detta tjäna till efterrättelse.

Skulle provinsialläkarekommitténs förslag af riksdagen antagas d. v. s. lönen 4.000: — kr. fördelas i 3,000: — kr. lön och 1,000: — kr. tjänstgöringspengar med två lönetillägg af 500: — kr. efter resp. 5 och 10 år, blir pensionsunderlaget under de första 5 åren 3,000, under de följande 5 åren 3,500: — och därefter 4,000: — kronor.

Hel pension utgör (§ 4) samma belopp, som det för tjänstinnehafvaren vid tiden för hans afgång från tjänsten gällande pensionsunderlaget; dock skall för tjänstinnehafvare, som under kortare tid än 5 år innehaft den tjänst, från hvilken afgång äger rum, beloppet af hel pension utgöra $^1/_5$ af sammanlagda beloppen af de högsta pensionsunderlag, hvilka under hvart och ett af de senast förflutna 5 åren varit för tjänsteinnehafvaren gällande, och skall, därest sådan tjänsteinnehafvare under någon del af nämnda tid, utan att tillika innehafva tjänst, som i denna lag afses, innehaft annan statstjänst, med hvilken rätt till pension är förenad, pensionsunderlag beräknas jämväl för den tid, sådan tjänst innehafts, och därvid tillämpas de i § 3 gifna föreskrifter.

Afkortad pension utgör viss del af hel pension och beräknas på sätt i § 7 föreskrifves (se ofvan).

Där vid beräkning af pensionsbelopp detta icke slutar å helt 10-tal kronor, skall det ökas till närmast högre 10-tal.

Belysande exempel. En järnvägsläkare har ingen pensionsrätt, men räknar sådana tjänsteår, som i lagen afses. Denne blir provinsialläkare vid t. ex. 58 års ålder, hinner vara provinsialläkare 4 år och har då t. ex. 27 tjänstår. De 5 sista årens pensionsunderlag äro resp. 0, 4,000, 4,000, 4,000, 4,000, summa 16,000: kr. Han får då hel pension med $^1/_5$ af 16,000, hade han däremot t. ex. 20 tjänstår, finge han afkortad pension med $^{20}/_{27} \cdot \frac{16{,}000}{5}$.

En militärläkare med pensionsrätt t. ex. på 2,000: — kr. blir vid samma ålder prov.-läkare. Han får hel pension med $^1/_5$ af 18,000: — kr. Dessa siffror bli naturligtvis andra, om provinsialläkarkommitténs här ofvan angifna förslag antages.

Lagen träder i kraft 1:sta januari 1908.

Den berör dock ej före nämnda dag utnämnde provinsialläkare, för så vidt ej särskilda bestämmelser om motsatsen äro i enskilda fall utfärdade. Äldre provinsialläkare äga dock, om de så önska, att *före 1 jan. 1909* anmäla, att lagens bestämmelser må å dem tilllämpas.

Provinsialläkare, som bli underkastade den nya pensionslagen, äro dock t. v. befriade från erläggande af pensionsafgift. När ny lönestat fastställes, äro alla därefter utnämnda provinsialläkare och sådana af redan utnämnde, som förklara sig villiga att gå in på den nya lönestaten, skyldiga att lämna *årlig pensionsafgift* med så många tusen-

delar af högsta för tjänsten gällande pensionsunderlag, som detsamma räknar 100-tal kronor (beloppet är enl. nuvarande och af kommitterade föreslagna pensionsunderlag 160: — kronor).

Pension sökes hos konungen, *och utgår* från och med månaden näst efter den, under hvilken afgång från tjänsten ägt rum, till och med den månaden, under hvilken pensionstagaren aflider.

Medicinalstyrelsen och arméförvaltningens sjukvårdsstyrelse.

I anledning af riksdagens beslut innevarande år rörande arméförvaltningens omorganisation har Kungl. Maj:t den 13 dennes dels till *öfverfältläkare och chef för arméförvaltningens sjukvårdsstyrelse* utnämnt och förordnat t. f. ledamoten af medicinalstyrelsen, öfverfältläkaren i fältläkarekåren, fördeln.-läk. v. 5:te arméfördelningen, reg:tsläkaren v. Lifreg:tets dragoner *P. A. V. Nettelblad,* dels bestämt att denna nya tjänst skall vara förenad med generalmajors rang.

I samband härmed har medicinalstyrelsen hemställt, att Kungl. Maj:t täcktes förordna en legitimerad läkare att *tillsvidare under år 1908* förvalta ett medicinalrådsämbete i styrelsen mot åtnjutande af de i medicinalstyrelsens stat för en öfverfältläkare anslagna löneförmånerna.

Bokanmälan.

Frey Svenson: Lärobok i sinnessjukvård.

För kort tid sedan utkom på Aktiebolaget Ljus' förlag en Lärobok i sinnessjukvård, afsedd för sjukvårdspersonalen vid vårdanstalter för sinnessjuka af prof. Frey Svenson. Boken behandlar först grunddragen af anatomien och fysiologien, så allmän sjukvård och sinnessjukvård, allt sammanlagdt 146 sidor; hälften af boken är anslagen åt kapitlet om sinnessjukvården. Man måste beundra författaren i hans lyckliga sätt att finna de många svenska synonymerna i den anatomiska nomenklaturen. Vid ett hastigt genombläddrande af boken blir man ibland helt häpen öfver en del namn. Man undrar i hast hvar människan bär sina två »hvita kroppar», sin »sporrfåra» och sin »tuppkam», men vid närmare studium blir man gladt öfverraskad att kunna identifiera gamla kära vänner såsom corpora candicantia, fissura calcarina, crista galli med konsorter.

I kapitlet om hjärtat och blodkärlen har råkat insmyga sig en liten förarglig lapsus så till vida som mitralis förlagts till högra hjärthalfvan och tricuspidalis till den vänstra. Då boken ej är försedd med »rättelser» komma väl eleverna att lära sig detta, och då de en gång dunkat i sig något, som är tryckt, går det nog aldrig ens på öfvertygelsens väg att rätta. Nå, man måste dock medge att risken däraf är ringa. I samband med de olika organens anatomi och fysiologi har författaren i korthet berört en del af de vanligast förekommande sjukdomarna samt i ett särskildt kapitel behandlat de viktigaste s. k. smittsjukdomarna. Det vore kanske icke önskvärdt, att bokens volym ytterligare ökades, men jag undrar om det möjligen icke varit lämpligt att på bekostnad af en del histologiska detaljer ha ordat något mer om sjukdomarnas symtom, hvilket jag f. ö. tror skulle mycket intresserat eleverna, och därmed sökt skärpa deras egen iakttagelseförmåga. Jag vill blott nämna ett exempel ur högen: några praktiska vinkar t. ex. rörande utseendet af olika blödningar (cancer, tbc) och framförallt att skilja en blödning från en uppkräkt fruktsoppa m. m. Jag erinrar mig hurusom jag en natt blef väckt af en sköterska för att behandla en förment blodkräkning. Vid min ankomst var patientens allmäntillstånd godt men hufvudgärden färgad af mörka, olycksbådande massor. Vid närmare efterseende befanns det vara snus, som pat. under sömnen spottat ut. Jag klandrar ej sköterskan för att hon väckte, men om hon i sin lärobok fått några praktiska vinkar, hade hon kanske själf först iakttagit bättre.

I kapitlet om den allmänna sjukvården lämnas eleven inblick i hvarjehanda, som för honom eller henne är nödvändigt veta af desinfektion, sårbehandling m. m. samt af sjukvårdshandgrepp. I den senare hälften af boken behandlas, som sagdt, sinnessjukvården. Efter en beskrifning af en modern nutidsanstalt berör författaren sinnessjukdomarnes orsaker och skildrar i stora drag deras symtom och olika former. Härpå lämnas en sakrik och tänkvärd skildring af förhållanden, som beröra sjukvårdspersonalen själf, dess förhållande inbördes, till öfverordnade och framförallt till de sjuka; en detaljerad beskrifning af den olika vården i olika fall. Till sist ett kort utdrag ur nu gällande hospitalsstadga.

Vid ett arbete, sådant som detta, ligger svårigheten i att begränsa sig, men ändå få med hvad som bör vara med och att kunna gjuta det i lämplig form. Författaren har helt säkert härutinnan lyckats väl, ehuru dock med det målet för ögonen, att studiet af boken bör underlättas med en samtidigt gifven kurs. Helt säkert blir detta ock en nödvändighet, ty

eljest fruktar jag, att de unga sjukvårdseleverna bli något yra af hjärnans många banor och drunkna mellan dess vindlar. »Det länge kända behofvet» var här verkligen kändt både länge och djupt, ty hvad som förut fanns i denna väg var knappast ägnadt att tillfredsställa. Sjukvårdspersonalen vid våra sinnessjukanstalter intager en ganska säregen ställning. Dess leder ha ju som bekant i de flesta fall måst rekryteras ur tjänarinnornas stora grupp, där förkunskaperna i sjukvård äro ringa eller rättare inga. Klyftan mellan dem och de examinerade »systrarna» är så oändligt stor, den inbillade dock större än den verkliga, att den rent af verkat hämmande på ett sundt framåtskridande och ett godt samarbete. Må studiet af Frey Svensons nyutkomna bok bidraga att minska denna stora klyfta, sporra och intressera, då har den fyllt en stor del af sitt hufvudändamål.

K. O. N. O.

Insändt.

Till samtliga praktiserande läkare i riket har för kort tid sedan utsändts ett af Kungl. Med.-styrelsen utfärdadt cirkulär med uppmaning att vid utfärdande af intyg, afsedt att föreläggas svensk sjukkassa, använda *svenska* benämningar å sjukdomar och dödsorsaker.

I detta cirkulär förekommer först ett passus, ägnadt att väcka vår synnerliga uppmärksamhet. Där står nämligen som följer: »Sjukbesökare och styrelseledamöter, *hvilka det åligge att afgöra, huruvida den sjuke vore i verkligt behof af understöd*» (kurs. af mig), äga endast undantagsvis förutsättningar att för sig klargöra sjukdomarnes latinska benämningar. Det tyckes alltså häraf framgå, att sjukkassans representant, sjukbesökaren, har sig ålagdt att afgöra den sjukes behof af understöd, och att alltså *läkaren* bör kunna känna sig befriad från denna fordran. Om alltså sjukbesökaren skall hugnas med svensk benämning på sjukdomen för att kunna afgöra huruvida den sjuke är i behof af understöd, bör han ju också afgöra, om patienten har möjlighet att arbeta för sitt uppehälle, med andra ord, kan ej läkaren känna sig befriad från den honom ofta allt annat än behagliga plikten att å intyget utsätta »och är till arbete oförmögen»? Det skulle för oss vara en kärkommen lättnad (samt hindra mången kontrovers med resp. sjukkassor), om detta Med.-styr:ns cirkulär kunde tolkas på detta sätt, en tolkning, som jag anser ligga nära till hands på grund af cirkulärets ordalydelse. Huruvida det för de *sjuka* är lyckligt, att en »förutsättningslös» sjukbesökare, sedan han fått den djupare kännedom om patientens tillstånd, som ligger för honom i den svenska benämningen, skall afgöra en sjuks verkliga behof af understöd, lämnar jag för tillfället ur räkningen; välbetänkt kan det dock säkerligen icke kallas.

En annan sak! Kommer, som Med.-styr:n anser, statistiken att *vinna* på de svenska benämningarne? Jag tror tvärtom. Om jag skrifver t. ex. »magkatarr» i stället för »gastrit» eller dyl., så är det ju tydligt. att dessa begrepp ej täcka hvarandra, och statistiken kommer att här-

på *förlora*. Dessutom finns ju tillfällen, då läkaren ur flere synpunkter har intresse att *ej* meddela patienten eller hans omgifning arten af hans sjukdom, och då kunde kanske den svenska benämningen blifva ödesdiger nog.

Man tycker, att sjukkassorna skulle kunna reda sig på annat sätt med sin skyldighet att aflämna sjukdomsförteckning, event. genom att låta förteckningen, innan den insändes, öfverses af läkare. Statistiken blefve då säkerligen ännu bättre tillgodosedd — och sjukbesökarens nyfikenhet mindre tillfredsställd!

E. Stellan Holmgren.

Tolkningen af läkartaxans § 7:2.

Då d:r Nordenadler i denna tidnings N:o 48 ånyo tagit till orda beträffande tolkningen af ofvannämnda § och med en viss emphasis häfdar, att densamma är så svårtillämpad, att han aldrig förmått följa dess föreskrifter, synes mig denna hans själfbekännelse om tjänstefel icke enbart böra skyllas på § i fråga. Jag har åtminstone icke funnit den omöjlig att efterlefva. Därmed vill jag visserligen icke hafva sagdt, att den är bra som den är, men »det är en annan historia» som Kipling säger.

Det vill synas, som om ingen af de kolleger, hvilka försökt tolka densamma, rätt fattat dess innebörd. §:s ordalydelse: . . . »då flere sjukbesök i ett sammanhang företagas . . .» måste gifvetvis innebära, att alla de sjukbesök, för hvilka arvode jämlikt denna § skall gäldas, måste vara för läkaren kända redan vid resans början eller åtminstone innan han hinner fram till det ställe, som han först har att besöka. Man kan nämligen icke medvetet utföra någonting i sammanhang utan att först ha reda på sammanhanget. Denna min uppfattning delas ock af Författningshandbokens utgifvare i den not, han bifogat denna § (Förf.-handbokens 3 uppl. sid. 120). Arvodet för alla under en sådan resa påkallade extra sjukbesök bestämmes således icke af denna § och behöfver det ej heller, då i taxan redan finnas bestämmelser härför.

D:r Nyblins tal om . . . »att man ej alltid, när man börjar en sådan resetur, vet hur många ställen, man kan komma att besöka . . .» (Läkartidn. N;o 38), är således visserligen mycket sannt, men har ej det ringaste med denna § att skaffa.

Hur arvodet för dessa extra sjukbesök skall gäldas, torde bäst framgå af följande kommentar till herrar Nordenadlers och Schwielers »belysande exempel» på §:ens absurditet.

D:r N—r skrifver i sin första uppsats (Läkartidn. N:o 33): . . . »i tillämpningen ställer det sig näml. så, att arvodet enl. denna § i många fall komme, att högst betydligt understiga etc.». och anför följande »belysande exempel:» »Antag, att jag efter ett sjukbesök enl. tidsberäkning på ett afstånd af 2,5 km. från min bostad kallas till, låt oss säga, 3 olika i närheten belägna hushåll; låt vidare af de 2,5 km. 2 km. kunna tillryggaläggas med skjuts; samtliga sjukbesök böra då godt kunna fullgöras inom loppet af 3 timmar. För alla dessa 4 besök tillsammans skulle då arvodet enl. § 7:2 utgå med kr. 6».

Exemplet är otydligt. Jag förutsätter, att d:r N—r vid resans början visste, att han skulle göra alla 4 sjukbesöken, ty om han ej visste det, hade § 7:2, enl. hvad jag ofvan framhållit, ej varit bestäm-

mande för arvodesberäkningen, utan § 6 för resan till första stället och några af § 3, 4 eller 6 för besöken på de 3 andra ställena, beroende på deras inbördes afstånd och på fortskaffningssättet till dem.

Jag förutsätter också, att han menar, att de 3 olika i närheten belägna hushållens afstånd från det första stället icke öfverstiger 2 km. (och ordalagen synas ej medgifva annan tydning). I så fall eger ej heller § 7:2 något bestämmande för arvodets beräkning, ty denna § utsäger med all tydlighet, att dess stadganden endast gälla för afstånd öfverstigande 2 km. (»enl. hvad i § 6 sägs».) D:r N—rs arvode skulle således i det gifna exemplet, just på grund af att § 7:2 ej här ägde tillämpning, ha utgått med kr. 5 + 3 + 3 + 3 = kr. 14. Resan till första stället skulle näml. enl. § 6 ha gäldats med 5 kr. emedan han godt hunnit göra den ensam på 2 timmar. De öfriga besöken åter skulle ha gäldats enl. § 3 med 3 kr. hvardera.

Invänder nu d:r N—r, att något af de 3 i närheten belägna hushållen mycket väl kunnat ligga öfver 2 km. från det strax förut besökta, ja då skulle § 7:2 tillämpas för *detta* besök och arvodet därför utgå enl. § 6, således med minst 5 kr. Det står näml. ingenstädes stadgadt, att tiden för de olika besöken skall hopsummeras och arvodet erläggas efter tidssumman. Det är tvärtom tydligt stadgadt, att arvodet skall fördelas efter den tid, som åtgått för färden *till och från hvarje särskildt sjukbesök* och denna tid samt detta arvode är en gång för alla fastställt i § 6 (»2 kr. för hvarje börjad timme etc.»).

Vore för öfrigt d:r N—rs exempel riktigt, skulle han icke ens ha rätt att uppbära sammanlagdt 6 kr. utan endast 5 kr. Han har näml. glömt frånräkna den tid, besöken hos de resp. sjuke tagit. Denna tid kan ej gärna uppskattas till mindre än 15 min. på hvarje ställe, således sammanlagdt 1 timme. Frândrages denna timme från de 3, han användt för hela resan, återstå 2 timmar, för hvilka arvodet enl. § 6 skulle ha utgått med 5 kr.!

Med det ofvan sagda är också d:r Schwielers exempel i Läkartidningens N:o 36 bemött. Visste han vid resans början, att han skulle besöka de 4 olika familjerna, och var de 3 senares inbördes afstånd från det första stället och från hvarandra större än 2 km„ samt behöfde han till första stället $2^1/_2$ timmes resetid ($^1/_2$ tim. järnvägsresa + 2 tim. skjuts), så skulle den först besökte erlägga 6 kr. samt de 3 andra familjerna minst 5 kr. hvar. Sammanlagda arvodet för resan hade då blifvit minst 21 kr. i st. f. hans beräknade 10 kr. Var åter afståndet från den först besökta familjen till de »3 olika i närheten boende familjerna» högst 2 km., då måste arvodesberäkningen göras enl. §§ 3 o. 6. Den först besökte skulle således då erlägga 10 kr., (förutsatt att d:r S. ej på mindre tid än 5 timmar, äfven om de 3 andra besöken icke gjorts, hunnit återkomma till sin bostad; samt hvar och en af de 3 öfriga familjerna 3 kr. Hela resan således 19 kr.

§ 7:2 är således enl. mitt förmenande hvarken så otydlig eller ofördelaktig som de ofvannämnda kollegerna påstått.

Skene den 1 Dec. 1907.

J. Rodling.

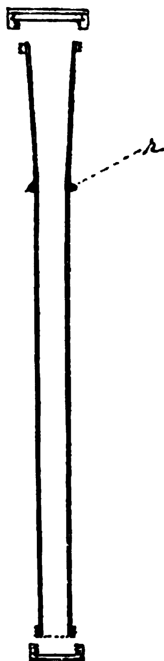
Ett steriliserbart katheter-etui.

Af

Johan Almkvist.

Då den praktiserande läkaren blir nödsakad att utanför sitt mottagningsrum utföra katheterisering eller sondering, är det ofta svårt för honom att fullgöra denna behandling under de aseptiska försiktighetsmått, som härför äro önskvärda. Tager han kathetrar och sonder osteriliserade med sig i tanke att koka dem i patientens bostad, kunna förhållandena därstädes vara sådana, att detta icke utan stor svårighet eller tidspillan går för sig. Steriliserar han sina kathetrar och sonder hemma hos sig, saknar han något fullt praktiskt fodral att bekvämt och på säkert sterilt sätt frakta dem med sig.

I tanke att afhjälpa denna brist, som åtminstone för mig varit mycket kännbar, har jag låtit konstruera ett lätt transportabelt etui för sonder och kathetrar. Detta utgöres (se vidstående figur) af ett i ena (öfre) ändan något vidare 39 cm. långt metallrör. Den smalare (undre) ändan är sluten med ett mycket tätt metallnät och på utsidan är omedelbart nedanför den utvidgade delen anbragt en ring (r). Såväl den smala (undre) som den bredare (öfre) ändan kunna tillslutas medelst lock, hvilka invändigt äro försedda med s. k. idealpackning, så att de sluta väl till. Denna packning är kokbar. Röret består af mässing samt är på utsidan förnickladt och på insidan starkt förtennt.



Vid användandet afskrufvas de båda locken, sonder och kathetrar inläggas i röret, hvarefter detta nedlägges i katheterkokaren och de båda locken bredvid röret. Efter slutad kokning fattar man medelst en pincett röret omedelbart nedanför den på utsidan befintliga ringen och upplyfter detta i vertikal riktning med den breda mynningen uppåt. Sedan vattnet fått afrinna, påskrufvas först det öfre (större) och sedan det undre (mindre) locket, så att de sluta tätt till. Man kan sedan lätt transportera sina sterila sonder utan ringaste fara att de skola infekteras.

För att bevara halffasta kathetrar och sonder mot kokningens skadliga inverkan synes mig det sedan någon tid till-

baka använda sättet att *icke* koka dem i sodalösning, enbart vatten eller i ånga, utan i en koncentrerad lösning af rent ammoniumsulfat vara det bästa. Som ifrågavarande instrument icke tager någon skada af ammoniumsulfatets inverkan, kan detta steriliseringssätt mycket väl här användas, endast med den modifikationen, att röret efter kokningen genomspolas med sterilt vatten, innan locken påskrufvas.

Apparaten tillverkas hos instrumentmakare Werner i Stockholm och säljes till ett pris af 5 kronor.

Hvarjehanda notiser.

Venia practicandi. I anledning af herr Sven Palmes motion (se Läk. tidn. sid. 305) beslöt innevarande års Riksdag en skrifvelse till Kungl. Maj:t med hemställan såväl om utredning, om och i hvad mån läkare skulle såsom straffpåföljd eller af annan orsak kunna för längre eller kortare tid fråntagas rätten att utöfva läkareverksamhet, som om det förslag hva till utredningen kunde föran eda. — Ärendet hvilar för närvarande hos medicinalstyrelsen, dit detsamma remitterats.

Fältläkarkårens omorganisation. Samtliga de af krigsministern från i tjänst varande militärläkare infordrade yttrandena angående frågan om fältläkarkårens omorganisation äro öfverlämnade till öfverfältläkaren, som för närvarande bearbetar desamma.

Stockholms läns läkarförening hade den 7 dennes sin sista sammankomst för året.

D:r Berglund redogjorde för de åtgärder, som styrelsen för Stockholms läns sjukhem vidtagit för hemmets öppnande, och häraf framgick, att en del inköp redan gjorts, att inrednings- och reparationsarbeten f. n pågå i den för ändamålet af la dstinget upplåtna flygelbyggnaden till Ulfsunda slott, samt att hemmet beräknas kunna under loppet af januari månad mottaga till vård 10 patienter, hvilket antal möjligen under årets lopp k n ökas ti l inemot 20.

Sedan hemmet för några dagar sedan af en för sjukvård varmt intresserad person fått öfte om 5,000 kr., uppgår summan af insamlade medel till i rundt t.l 50,000 kr.

Hemmets styrelse, som består af d:rerna F. Berglund, I Bystedt, C. Dahlborg, C. Håkansson och A. Lychou med d:rerna O. Dalsjö och J. Jonsson till ersättare, har inom sig utsett till ordförande, sekreterare och kassaförvaltare d:rerna Dahlborg, Berglund och Håkansson. D:r Bystedt har välvilligt åtagit sig att tills vidare utan ersättning vara hemmets läkare.

Doktor Lyckou höll föredrag om: Tuberkulinet som diagnosticum.

Lasarettsläkarnes skyldighet att afgifva intyg. Öfver justitieombudsmannens framställning angående tydligare b stämmelser rörande lasarettsläkares skyldighet att afgifva intyg öfver å lasarettet vårdad persons skador har nu medicinalstyrelsen yttrar sig. Styrelsen anser, att tydligare bestämmelser äro af nöden, men då rättsmedicinska kommittén redan föreslagit, att hvarje läkare skulle vara skyldig att beträffande af honom vårdad sjuk, mot ersättning enligt för provinsial-

läkare gällande taxa, afgifva intyg om sjukdomens beskaffenhet på begäran af länsstyrelse, domstol, polismyndighet och åklagare, och styrelsen förklarat sig instämma i detta kommitténs förslag, hemställer styrelsen, att justitieombudsmannens framställning icke måtte föranleda särskild åtgärd, utan tagas i öfvervägande i sammanhang med kommitténs förslag.

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar, att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n; [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes; [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Extra prov.-läk.-tj:n i Grundsunda distr.[2]) *(nyinrättadt;* distr. omfattar Grundsunda kommun i Västernorrlands län med station i Husums by; lön: 2,800)	21 dec.
Extra prov.-läk.-tj:n i Väddö distr.[2]) (ledigförklarad på grund af ny *treårsperiod*)	21 dec.
Hospitalsläk.-tj:n i Vadstena[3]) *(nyinrättad)*	23 dec.
Hosp.-läk.-tj:n i Vänersborg[3]) (d:o)	23 dec.
Hosp.-läk.-tj:n i Kristinehamn[3]) (d:o)	23 dec.
Hosp.-läk.-tj:n i Lund[3]) *(nyinrättad)*	27 dec.
Hosp.-läk.-tj:n i Uppsala[3]) (d:o)	27 dec.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Härnösand[3]) *(ånyo* ledigförklarad; löneförmåner: 2,000 kr. jämte bostad och kost)	27 dec.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Vänersborg[3]) *(nyinrättad);* löneförmåner: 2,000 kr. jämte 500 kr. i kostpenningar + bostad och frukost)	27 dec.
Underläk.-tj:n v. Vänersborgs hosp. o. asyl[3]) (kvinnoafd:n)	27 dec.
Två underläk.-tj:r v. Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm (den ena vid med., den andra vid kirurg. afd:n; sökas hos hälsovårdsnämnden)	27 dec.
Läk.-befattn:n v. kronohäktet i Ängelholm (ansökan, ställd till fångvårdsstyr:n, inl. hos Kon. Befhde i Kristianstad)	28 dec.
Reg:tsläk.-tj:n v. Dalreg:tet[1])	28 dec.
Prov.-läk.-tj:n i Nysätra distr.[1])	28 dec.
Underläk.-tj:n v. Växjö hosp:s kriminalafd.[3]) *(ånyo* ledigförklarad; löneförmåner: 3,000 kr. — för kand. 2,500 kr. — jämte bostad och kost)	28 dec.
Hosp.-läk.-tj:n i Piteå[3]) *(nyinrättad)*	30 dec.
En bat.-läk.-tj. v. Svea trängkår[1])	7 jan.
Prov.-läk.-tj:n i Slite distr.[1])	11 jan.
Ex. prov.-läk.-tj:n i Ljugarns distr.[2]) *(nyinrättad: ånyo* ledigförklarad; distr. omfattar Garde, Laus, Alskogs, Ardre, Ala, Gammelgarns och Kräcklingbo socknar af Gottlands län med läk. station i Ljugarn; lön: 2,425 kr.)	11 jan.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Sollefteå (priv. uppskattadt till 112,000 kr.) 13 jan.

Lediga resestipendier:

Resestipendier å högst 500 kr. under 1908 för 1:e prov.-, prov.- extra och bitr. prov.- samt stads. läkare[1]) 31 dec.
Resestipendier å högst 500 kr. under 1908 för ordinarie läkare vid länslasarett och därmed likställda sjukhus[1]) 31 dec.
Ett resestipendium å 500 kr. för vid rikets hospital och asyler anställda läkare[1]) 31 dec.

Af Kungl. Maj:t utdelade resestipendier

för militärläkare 1908: bat.-läkarna *A. Drougge* (900 kr.), *A. Wahlstedt* (600 kr.) och *E. Schildt* (500 kr.).

Apoteksprivilegium tilldeladt:

Inneh:n af apoteket Kronan i Landskrona *A. H. G. Lindström* å apoteket Kronan i Uppsala.

Af Med.-styr:n utnämnda och förordnade:

Till extra prov.-läk. i Malå distr. (t. o. m. 1911): lic. *A. N. Pihlström.*

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Las.-underläk. i Helsingborg *E. T. Edberg* (31 dec.).

Sökande:

Till stadsläk.-tj:n i Säter: lic. *C. W. Stoije.*
Till stadsläk.-tj:n i Vaxholm: lic. *V. Lindblom.*

Med. licentiatexamen

har aflagts i Lund af *M. Ekelöf.*

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Kand. *H. Lundvall* t. f. asylunderläk. i Lund 15—31 dec. (s).
Lic. *G. Asplund* t. f. lasunderläk. i Helsingborg fr. 1 jan. (v).
Lic. *N. A. Wange* t. f. ex. prov.-läk. i Fjällbacka distr. 14 dec.—31 dec. (t).
Civ.-stip. *K. V. Sterner* t. f. prov.-läk. i Ölands norra distr. 1—30 jan. (s).
Las.-läk. *J. Langenheim* t. f. prov.-läk. i Hörby distr. fortf. 6 dec.—5 febr. (t).

Död:

F. d. fördelningsläkaren m. m., medicine licentiaten *Anders Peter Björkman* afled i Luleå den 11 dennes vid 70 års ålder.

Öfversikt af sammandragen af epidemirapporter

för halfva månaden 16—30 nov. 1907.

	Städer.					Landsbygd.				
	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa	Nervfeber	Skarlakansfeber	Difteri	Rödsot	Summa
Stockholm	—	53	53	—	106	—	—	—	—	—
Stockholms län	—	17	3	—	20	—	2	13	—	15
Uppsala	—	—	3	—	3	—	2	6	—	8
Södermanlands	—	—	23	—	23	—	—	31	—	31
Östergötlands	4	2	7	—	13	—	3	15	—	18
Jönköpings	—	7	10	—	17	—	6	15	—	21
Kronobergs	—	—	1	—	1	2	2	37	—	41
Kalmar	—	—	—	—	—	4	5	3	—	12
Gotlands	—	2	—	—	2	—	—	—	—	—
Blekinge	1	8	7	—	16	1	3	12	—	16
Kristianstads	—	—	8	—	8	1	3	28	—	32
Malmöhus	1	7	23	—	31	6	2	59	—	67
Hallands	—	—	4	—	4	—	1	13	—	14
Göteborg	10	39	34	—	83	—	—	—	—	—
Göteborgs o. Bohus	1	—	7	—	8	6	15	28	—	49
Älfsborgs	5	—	11	—	16	2	2	23	—	27
Skaraborgs	—	—	2	—	2	—	—	6	—	6
Värmlands	—	—	—	—	—	—	—	9	—	9
Örebro	5	10	1	—	16	1	3	4	2	10
Västmanlands	—	3	13	—	16	1	—	11	—	12
Kopparbergs	1	—	—	—	1	—	2	7	—	9
Gäfleborgs	2	11	1	—	14	3	5	3	—	11
Västernorrlands	—	3	2	—	5	1	7	15	—	23
Jämtlands	1	—	—	—	1	2	1	—	—	3
Västerbottens	—	3	2	—	5	—	—	2	—	2
Norrbottens	—	—	2	—	2	1	—	5	—	6
Summa	31	165	217	—	413	31	64	345	2	442

Summa sjukdomsfall i hela riket: nervfeber 62, skarlakansfeber 229, difteri 562, rödsot 2. — *Akut barnförlamning* 35 fall, däraf 33 på landsbygden (13 fall inom Löfångers socken, Västerbotten). — Från Malmöhus län rapporteras 3 fall af *återfallstyfus* bland polska arbetare vid Kristinebergs gård, Borlunda socken; spiriller påvisade.

Meddelande

från Medicinalstyrelsens ombudsman.

Då Medicinalstyrelsens »Förteckning på svenska läkare» för år 1908 för närvarande är under utarbetning, anmodas de läkare, som ännu ej uppgifvit bostadsort och adress eller som önska ändring af de uppgifter, som influtit i 1907 års förteckning, att före årets slut och senast före den 6 januari 1908 insända meddelande i dessa afseenden till Medicinalstyrelsens ombudsman, Svartmangatan 9, Stockholm 2.

Stockholm den 10 december 1907.

ALLMÄNNA SVENSKA

LÄKARTIDNINGEN

ORGAN FÖR ALLMÄNNA SVENSKA LÄKARFÖRENINGEN.

Stockholm den 27 december 1907.

4:e årg.	Redaktion: KNUT KJELLBERG och HJALMAR FORSSNER.	N:o 52.

Innehåll: Det »praktiska året». — Hvarjehanda notiser. — Offentliga underrättelser. — Register 1907.

Det »praktiska året».

(Förslag af de sakkunniga.)

De sakkunniga, hvilka haft K. Maj:ts uppdrag att utarbeta förslag till ny stadga för de medicinska examina samt att taga under pröfning frågan angående ökad praktisk utbildning utöfver den kliniska tjänstgöringen, ha som bekant redan fullgjort den första delen af ofvannämnda uppdrag; en i hufvudsaklig öfverenestämmelse därmed affattad ny stadga träder den 1 jan. 1908 i kraft. Nu föreligger äfven utlåtande jämte förslag angående uppdragets senare del.

Då detta utlåtande är af särdeles stort intresse och för slaget är af största betydelse för läkarutbildningen i vårt land, meddela vi skrifvelsen in extenso.

Efter en ingress skrifva de sakkunniga:

Frågan om införande af särskild läkarutbildning, förlagd efter tjänstgöringarna för medicine licentiatexamen, hvilken fråga blifvit aktuell genom ett af professor E. Müller i februari 1905 afgifvet yttrande vid behandling inom Karolinska institutets lärarkollegium af universitetsexamenskommitténs förslag till ny medicinsk examensstadga, har tilldragit sig stor uppmärksamhet och har hos landets läkare vunnit ej ringa sympatier, hvilket man kan sluta bland annat däraf, att all-

männa svenska läkarmötet i Malmö i augusti 1905 uttalat sig för införande af dylik praktisk läkarutbildning, och därvid särskildt anhållit om »utredning, i hvad mån en sådan utbildning skulle kunna erhållas genom någon tids assistenttjänstgöring före legitimationen vid därför lämpliga sjukhus». Af än större betydelse i detta afseende är, enligt vår åsikt, det af Kungl. Medicinalstyrelsen den 22 november 1905 med anledning af berörda kommittéförslag afgifna underdåniga utlåtande.

I det att vi nu till en början helt bortse från vårt här nedan vidare omförmälda villkorliga förslag om obligatorisk assistenttjänstgöring vid epidemisjukhus, hafva vi i första hand öfverväg t möjligheten och lämpligheten att införa praktisk utbildning vid sjukhus under viss tid såsom obligatorisk för alla läkare före legitimationen. Efter långvariga öfverläggningar hafva vi emellertid enat oss om att icke föreslå införandet för närvarande af någon dylik för alla läkare obligatorisk utbildning. Flera olika omständigheter hafva medverkat, då vi slutligen enat oss om att intaga denna ståndpunkt. För det första hafva vi nämligen beaktat, hurusom Kungl. Maj:t, såsom nyss är nämndt, för kort tid sedan utfärdat ny stadga angående medicinska examina, hvilken i flera viktiga afseenden medför förändringar af de medicinska studierna; och är detta särskildt fallet just med afseende på studiet för medicine licentiatexamen samt anordnandet af den kliniska tjänstgöringen. Om också den förändring af studierna, som finner sitt uttryck i borttagandet af medicinsk-filosofisk examen, är ägnad att medföra en förkortning af desamma, så kan dock en säker kunskap om samtliga de nu införda förändringarnas sammanlagda inflytande på studietidens längd vinnas först genom erfarenheten. Därest nämligen förkortningen af studietiden ej i afsevärdare grad skulle vinnas, torde det vara förbundet med betänkligheter att införa en obligatorisk praktisk utbildning för alla läkare före legitimationen utöfver de nu stadgade tjänstgöringarna. Ty under sådana förhållanden skulle införandet af dylik utbildning innebära en bestämd och jämförelsevis betydande förlängning af studierna för landets samtliga blifvande läkare, under det att utgångspunkten för det senaste reformarbetet med de medicinska studierna varit riksdagens skrifvelse af den 8 maj 1902, hvari en förkortning af jämte andra äfven de medicinska studierna påyrkats.

Vidare är att märka, att den nya examensstadgan bestämmer två månaders assistenttjönstgöring i praktisk medicin efter afslutandet af de vanliga tjänstgöringarna samt vidare en månads assistenttjänstgöring i kirurgi, två veckors i pedia-

trik och två veckors i syfilidologi. Afsikten med dessa assistenttjänstgöringar är just att så vidt möjligt gifva de studerande tillfälle till sådan praktisk utbildning och öfning, hvilken i Medicinalstyrelsens nämnda utlåtande och i allmänna svenska läkarmötets ofvan citerade uttalande afses. Äfven med hänsyn härtill har det synts oss berättigadt att afvakta erfarenhet därom, i hvad mån det med den sålunda införda assistenttjänstgöringen afsedda målet kommer att vinnas, innan ytterligare för alla läkare obligatorisk assistent- eller liknande tjänstgöring införes.

I väsentlig grad hafva vi vid beslutet att ej föreslå någon ytterligare för *samtliga* läkare obligatorisk praktisk utbildning låtit oss ledas af hänsyn till de blifvande läkarnes ekonomiska intressen. Därest nämligen någon för alla läkare före legitimationen obligatorisk praktisk utbildning vid sjukhus under något längre tid, exempelvis ett år såsom i Tyskland, skulle hos oss nu stadgas, komme detta troligen endast att kunna genomföras på det sätt, att nya assistentläkarplatser inrättades vid våra sjukkus vid sidan af nu befintliga underläkartjänster. Men under sådana förhållanden vore det tydligen i högsta grad att befara, att ej några löneförmåner eller åtminstone ej några afsevärda löneförmåner komme att förenas med dessa befattningar, enär de blifvande läkarna under alla förhållanden vore tvungna att söka dessa assistentbefattningar. Då de nyblifna läkarna numera som bekant i mycket stor utsträckning erhålla en praktisk utbildning efter examen såsom underläkare vid länslasaretten, hvarest de åtnjuta i allmänhet ganska goda löneinkomster, så vore det följaktligen att befara, att en dylik förändring kunde medföra en betydande ekonomisk försämring för de unga medici.

Slutligen kunde ock emot en för alla obligatorisk praktisk utbildning före legitimationen anföras — ehuru vi ingalunda vilja tillerkänna denna synpunkt så stor betydelse som de förut framdragna — att åtskilliga läkare hade antingen intet eller ett jämförelsevis mindre behof af dylik utbildning, än hvad fallet är med flertalet läkare. Så torde detta vara fallet med dem, som inom fukulteterna vilja ägna sig åt de teoretiska disciplinerna; äfven kunde kanske detsamma delvis sägas vara fallet med dem, hvilka vilja ägna sig åt vissa specialiteter såsom öron-, näs- eller halssjukdomar eller äfven hudsjukdomar, ehuru grunderna för en undantagsställning för dessa specialister säkerligen äro mindre oomtvistliga än med afseende på den förut nämnda gruppen.

På grund af de sålunda anförda skälen hafva vi alltså ej velat föreslå införandet af ytterligare utbildning, som skulle

vara obligatorisk för alla läkare före legitimationen, men hafva härmed ingalunda velat ställa oss afvisande till den möjligheten, att man längre fram, därest den af oss föreslagna, här nedan angifna reformen blefve genomförd, och sedan man om densammas verkningar och tillämplighet vunnit praktisk erfarenhet, kanske skulle finna det ändamålsenligt att införa dylik utbildning obligatoriskt för alla läkare.

Då vi sålunda ej ansett oss böra föreslå införandet af ytterligare praktisk utbildning, obligatorisk för alla läkare, hafva vi emellertid till pröfning upptagit frågan, huruvida ej dylik utbildning ändock kunde införas i mindre utsträckning, samt där behofvet af densamma vore mest trängande. Det har då genast varit för oss klart, att dylik utbildning för vissa tjänsteläkare, i första rummet provinsialläkarna, vore behöflig i afgjordt större grad än för läkare i allmänhet. Denna olikhet dem emellan grundar sig därpå, att provinsialläkarna i regel äro ensamma läkare på den plats, där de äro bosatta, och att de så väl på grund häraf som på grund af sin ämbetsställning äro skyldiga att åtaga sig vården af — eller åtminstone i första hand mottaga — sjukdomsfall af bokstafligen sagdt alla slag. En jämförelse skall lätt visa, huru väsentligt olika ställning exempelvis en praktiserande läkare i en stad vanligen intager: han har lasarett på samma plats och kan dit omedelbart inremittera de patienter, som han önskar och som där mottagas till vård; han har kolleger på platsen, hvilkas råd han utan svårighet kan inhämta, därest han önskar sådant. Vidare är att märka, att där flere praktiserande läkare finnas på samma plats, det mycket ofta torde förekomma, att den enskilde läkaren i mer eller mindre öfvervägande grad kommer att syssla med *vissa* sjukdomsområden, men föga med andra, äfven om han ej direkt är specialist. Det behöfver ej närmare utredas, hurusom här anförda omständigheter göra behofvet af ytterligare praktisk utbildning och öfning större för provinsialläkare än för den privat praktiserande läkaren, hvilken endast mera undantagsvis är den ende läkaren på sin ort.

I detta sammanhang anse vi oss böra i första hand till besvarande upptaga frågan, hvilken form det enligt vår mening borde gifvas åt en praktisk utbildning för vissa tjänsteläkare, för att först senare återkomma till spörsmålet, för hvilka slag af tjänsteläkare sådan utbildning synes böra kräfvas. Vi hafva utgått från den uppfattningen, att 12 månaders praktiskt sjukhusarbete med så själfständig ställning, som förhållandena det medgifva, skulle utgöra en ändamålsenlig utbildning för de unga läkarne. Denna tid af 12 månader är ock densamma, som Medicinalstyrelsen i ofvanberörda utlåtande funnit väl

afvägd. Då emellertid i den nya stadgan angående medicinska examina, som ofvan är nämndt, bestämmes ungefär 4 månaders assistenttjänstgöring vid olika kliniker, hvilken assistenttjänstgöring till sin innebörd tydligen kommer att motsvara hvad som med den här afhandlade praktiska utbildningen afses, så hafva vi ansett oss böra begränsa den ytterligare utbildningstiden vid sjukhus, som skulle erfordras för vissa tjänsteläkare, till 8 månader. För jämförelses skull må nämnas, att den motsvarande tjänstgöringen i Tyskland är bestämd till ett år, samt äfven i Danmark, där den tidigare haft längre utsträckning, numera delvis redan är inskränkt till samma tid och vidare är föreslagen att öfverallt begränsas till denna tid.

Då det hufvudsakliga ändamålet med denna utbildning skulle vara att bereda de unga läkarna tillfälle till en praktisk öfning, till att under partiell självständighet, och med partiellt eget ansvar handlägga sjukvårdsarbete, så hafva vi menat, att tjänstgöring å hvilken offentlig sjukvårdsinrättning som helst skulle kunna godkännas. Således skulle äfven tjänstgöring vid specialkliniker af hvarje slag, såsom epidemisjukhus, obstetrisk, gynekologisk, oftalmologisk, syfilidologisk klinik o. s. v. kunna inberäknas i den tjänstgöringstid, som föreslås att blifva stipulerad för vissa tjänster. Likaså skulle äfven tjänstgöring vid hospital samt sanatorier eller andra slag af tuberkulosvårdanstalter godkännas.

Om vi således å ena sidan menat, att det med denna utbildning närmast afsedda ändamålet, nämligen tillfälle till praktisk öfning och förvärfvande af en viss allmän praktisk rutin, till en viss grad skulle vinnas vid hvilken offentlig sjukvårdsinrättning som helst — af den storlek, att amanuens- eller underläkartjänst finnes upprättad vid densamma —, så skulle dock det afsedda ändamålet ej kunna anses fullt förverkligadt, därest hela den föreskrifna tjänstgöringen skulle fullgöras vid specialklinik. Vi få därför föreslå, att minst hälften af tjänstgöringen, alltså 4 månader, skall fullgöras vid sjukhusafdelning, hvilken ej äger någon specialiserad sjukvårdsuppgift. Vi hafva trott det lämpligt att som dylik erkänna dels odelade lasarett, dels medicinsk eller kirurgisk afdelning.

Beträffande odeladt lasarett eller medicinsk afdelning torde härvid intet vara att anmärka. Beträffande kirurgisk afdelning skulle möjligen kunna invändas, att detta dock är en form af specialafdelning. Härvid är dock att beakta, att den moderna kirurgien nu har en sådan omfattning, att den ingalunda kan betraktas som en specialitet, och att de kirurgiska afdelningar, det här gäller, äro så stora och hafva ett så om-

växlande sjukmaterial, att den allmänna erfarenhet och öfning, som ensamt på dylik afdelning förvärfvas, torde få anses fullt tillräcklig för det här afsedda ändamålet.

Genom föreskrifter af det af oss sålunda föreslagna innehåll torde det å ena sidan vinnas säkerhet för, att tjänsteläkarna i tillräcklig utsträckning sysselsatt sig med de vanligaste sjukvårdsuppgifterna; och å andra sidan vinnes äfven, att de, som vilja söka en specialutbildning i den ena eller andra riktningen, därtill kunna begagna en del af den tjänstgöringstid, hvilken skulle komma att fordras för deras kompetens till vissa tjänster.

Om det också ligger i sakens natur, att den ifrågavarande utbildningen i alldeles öfvervägande grad kommer att fullgöras vid offentliga sjukvårdsinrättningar, så hafva vi dock tagit i betraktande frågan, huruvida icke tjänstgöringen vid enskilda sjukhus under vissa förhållanden skulle kunna godkännas. Numera finnas nämligen i landet vissa enskilda sjukhus af ej ringa omfattning, såsom exempelvis diakonissanstaltens i Stockholm sjukhus samt de privata tuberkulossanatorierna; och ännu andra sådana sjukhus kunna kanske i framtiden komma att upprättas. Vi hafva trott, att denna fråga bäst funne sin lösning på sådant sätt, att det öfverlämnades åt Medicinalstyrelsen att pröfva, när ett enskildt sjukhus vore af den art, att tjänstgöringen vid detsamma borde kunna godkännas.

Angående tidpunkten för fullgörandet af den nu föreslagna tjänstgöringen få vi hemställa, att denna senare må äga sin giltighet vare sig den fullgjorts före eller efter legitimationen. I det hela torde det väl vara det bästa, därest den praktiska utbildningen i allmänhet komme efter examen — detta särskildt med hänsyn därtill, att studietiden annars lätt kan få en oskälig längd. Som bekant, är det emellertid en ganska utbredd praxis i vårt land, att de studerande redan före licentiatexamen under någon tid tjänstgöra som amanuenser eller underläkare; och då jämväl värdet af den praktiska öfningen måste blifva i hufvudsak detsamma, vare sig den förvärfvas före eller efter examen, så hafva vi ansett det självfallet, att tjänstgöringen bör godkännas, vare sig den fullgöres före eller efter legitimationen.

Hvad angår frågan om de läkarbefattningar, för hvilka nu angifna tjänstgöring skulle kräfvas som kompetensvillkor, så torde det af ofvanstående tillräckligt tydligt framgå, att därvid i första hand är att tänka på provinsialläkare af alla slag. Vidare tyckes denna tjänstgöring äfven böra kräfvas för stads- och stadsdistriktsläkare, enär deras tjänstgöring i så måtto är likartad med provinsialläkarnas, att de åtminstone

bland den fattigare befolkningen äro skyldiga att åtaga sig alla sjukdomsfall, hvilka de icke kunna hänvisa till sjukhus.

Vidare vilja vi föreslå, att denna kompetensfordran utsträckes äfven till militärläkartjänsterna. Sedan någon tid har uppmärksamheten varit riktad på frågan, huru bästa möjliga utbildning skulle kunna erhållas för militärläkare. Krafvet på dylik utbildning vinner i styrka särskildt därigenom, att omsorgen om de värnpliktiges hälsa hädanefter skall vara öfverlämnad åt militärläkare under mycket längre tid än hvad förut varit fallet. Vi anse det ej tillhöra vår uppgift att närmare ingå på frågan om våra militärläkares utbildning, utan hafva endast velat framhålla som vår mening, att, då en ökad utbildning för dem tyckes önskas, och då man måste anse den bästa möjliga utbildning för dem böra eftersträfvas, det då kunde utgöra ett steg i denna riktning, därest den här afhandlade praktiska utbildningen infördes som en kompetensfordran äfven för militärläkarna.

Vi få vidare föreslå, att ifrågavarande kompetensfordran utsträckes äfven till fängelseläkarna. Under senare tid har ofta afhandlats önskvärdheten däraf, att fängelseläkarna ägde någon grad af speciell psykiatrisk utbildning. Vi vilja i detta sammanhang framhålla, hurusom detta önskemål kanske lämpligen kunde vinnas genom en föreskrift, att en del af den här föreslagna utbildningen på åtta månader skulle hafva fullgjorts på hospital i och för vinnande af kompetens till fängelseläkartjänst. Då vi emellertid ej anse, att en så speciell fråga som den om sättet för fängelseläkarnas utbildning låge inom ramen för det oss tilldelade uppdraget, hafva vi endast velat antyda möjligheten af en utveckling af de här föreslagna bestämmelserna i ofvan angifna riktning.

Det gifves ännu en kategori af läkare, med afseende på hvilken krafvet på en särskild utbildning med största fog skulle kunna ifrågasättas, nämligen badläkarna. Det torde nämligen vara uppenbart, att dessa läkare, för att kunna lämna en tillfredsställande sjukvård åt de till större delen kroniska och ofta svåra sjukdomsfall, hvilka söka vård vid badorterna, behöfva en vida mera ingående utbildning å den inre medicinens område, än hvad examensstudierna i och för sig i regel kunna anses gifva. Synnerligen önskvärdt hade det därför varit, därest det hade kunnat stadgas, att förordnande som badläkare — hvarvid underläkare vid badort ej afses — endast finge meddelas åt den, hvilken under minst ett år tjänstgjort som amanuens eller underläkare vid invärtes afdelning. Dock torde genomförandet af en dylik bestämmelse, i huru hög grad den än vore önskvärd för att skapa en mera betryggande sjukvård

vid våra badorter, än hvad nu är fallet, för närvarande knappast kunna införas.. Svårigheterna äro nämligen att söka däri, att å ena sidan antalet af de i sådant afseende tillgängliga platserna vid invärtes afdelningar är ganska begränsadt och å andra sidan behofvet af badläkare tämligen stort. Vidare är att märka, att det i vårt land finnes ett antal mindre badorter, vid hvilka sjukvården ofta förestås af medicine kandidater. Därest så betydligt skärpta kompetensfordringar skulle införas för dessa badläkarförordnanden, så vore det starkt att befara, att en del af dessa badorter ej skulle kunna erhålla läkare med dylik kompetens. Då sålunda ett konsekvent tilllämpande af principen kanske skulle medföra alltför stora rubbningar i de bestående förhållandena, så hafva vi ej trott oss kunna föreslå införandet, åtminstone för närvarande, af det ofvan angifna kompetensvillkoret för erhållande af badläkarförordnande.

Således anse vi oss böra begränsa de läkarbefattningar, för hvilka den här föreslagna praktiska utbildningen skulle uppställas som kompetensvillkor, till provinsialläkarbefattningar af alla slag, befattningar som stadsläkare, stadsdistriktsläkare, militärläkare och fängelseläkare. I förbigående må framhållas, att den här föreslagna anordningen med särskildt kompetenskraf för vissa läkarplatser redan äger sin motsvarighet i nu gällande bestämmelser, i det att det för kompetens såväl till lasarettsläkartjänst som till hospitalsöfverläkartjänst kräfves i särskilda författningar angifven tjänstgöring utöfver legitimationen.

Det återstår att afhandla den synnerligen viktiga frågan, huru den här föreslagna tjänstgöringen, som skulle kräfvas för kompetens till vissa läkarbefattningar, skall kunna lämpligen anordnas vid de föreslagna sjukvårdsanstalterna. Vi hafva då i första hand till granskning upptagit frågan, huruvida ej redan nu befintliga underläkar- och amanuenstjänster skulle vara tillräckliga för behofvet. För bedömandet af denna fråga hänvisas i första hand till nedanstående tablå öfver de platser af dylikt slag, som redan nu finnas. Tablån grundar sig på den genom Medicinalstyrelsens försorg utgifna förteckning på svenska läkare för år 1907 äfvensom åtskilliga kompletterande uppgifter.

(Af tablån framgår att samtliga underläkar- och amanuenstjänster i riket äro 117; 95, därest hospitalen ej medräknas, och 55, om endast antalet platser vid odeladt lasarett eller vid med. eller kir. afdeln. medtagas[1]).

Härmed har man nu att jämföra antalet af de läkarbefattningar, för hvilka den föreslagna utbildningen skulle fordras som kompetensvillkor. (Det visar sig då, att dessa f. n. äro 704.[1])

[1]) Tab. utesluten af red.

Redan jämförelsen mellan denna siffra och de ofvan gifna ger klart vid handen, att antalet underläkar- och amanuenstjänster är mer än tillräckligt för att bereda tillfälle till den utbildning, som föreslagits såsom kompetensvillkor för dessa tjänsteläkare. Äfven om man räknar en genomsnittstjänstgöringstid af endast 20 år för innehafvarna af de ifrågavarande läkarbefattningarna och äfven om man alldeles ser bort ifrån det välbekanta förhållandet, att i rätt talrika fall mer än en bland dessa 704 tjänster innehafves af en och samma person, så skulle det årliga behofvet af läkare med den här föreslagna kompetensen komma att utgöra endast cirka 35. Häremot svara nu 117 utbildningsplatser, å hvilka endast 8 månaders tjänstgöring skulle fordras, hvilket således tyckes vara ett flera gånger större antal utbildningsplatser, än hvad som vore strängt taget erforderligt. Nu vore emellertid enbart en dylik beräkning ur flera nära till hands liggande skäl mycket oegentlig och missvisande. Dels bör ju nämligen den för kompetens erforderliga utbildningen kunna meddelas åt ett större antal läkare, än som för tjänsternas besättande är nödvändigt, så att tillbörlig konkurrens må finnas; dels vore det naturligtvis hvarken att önska eller att vänta, det ombyte af innehafvare skulle ske å samtliga ofvan uppräknade underläkar- och amanuenstjänster så ofta som hvar 8:de eller rent af hvar 4:de månad. Äfven är ju att märka, hurusom man tydligen ej har att vänta, att de 22 läkarplatserna vid hospital skola spela någon större roll som utbildningsplatser i den här förutsatta meningen. Tydligen vore det att betrakta som en stor olägenhet med det föreliggande förslaget, därest detsamma skulle medföra, att innehafvare af underläkar- och amanuenstjänster komme att växla oftare än hvad hittills varit fallet. Då emellertid tillgången på utbildningsplatser, jämförd med det behof däraf, som det föreliggande förslaget skulle medföra, är så stor, som de ofvan anförda siffrorna ge vid handen, så anse vi oss dock hafva all anledning antaga, att den antydda farhågan skulle komma att visa sig oberättigad; och äfven om nämnda proportion i framtiden skulle förändra sig, så att utbildningsplatser ej komme att förefinnas i samma relativa rikligbet, komme detta väl knappast att medföra, att innehafvarne af dessa platser växla snabbare än nu — kanske snarare motsatsen blefve följden — utan endast att dessa platser blefve svårare att erhålla.

Äfven på en annan väg kan man komma till den slutsatsen, att det befintliga antalet utbildningsplatser skulle vara tillräckligt för de läkare, som äfven efter införande af den här föreslagna bestämmelsen skulle vilja begagna sig af densamma.

Erfarenheten visar nämligen, att redan nu en stor och stigande procent af de unga läkarna begagna sig af en dylik utbildning. Så har docenten *Hjalmar Forssner* vid en undersökning (se förhandlingarna vid allmänna svenska läkarmötet i Malmö 1905) funnit, att bland de under år 1900 legitimerade läkarna 44 % fullgjort underläkartjänst under minst 6 månader (vid hvilken beräkning docenten *Forssner* dock för vissa fall undantagit tjänstgöring vid specialkliniker). För år 1901 fann docenten *Forssner* motsvarande siffra vara 55, för år 1902 61, för år 1903 59 samt för år 1904 66 proc. Senare har undertecknad *Borelius* utfört en motsvarande undersökning för de år 1905 legitimerade och därvid funnit siffran vara 81 % (beräkningsgrunden i någon mån afvikande). (Se allmänna svenska läkaretidningen 1906, sid. 682.) Dessa siffror visa således, att de redan befintliga utbildningsplatserna förslå för det stora flertalet af de unga läkarna.

Ur samtliga de anförda siffrorna kan tydligen med visshet den slutsatsen dragas, att de nu befintliga amanuens- och underläkartjänsterna äro till antalet fullt och mer än väl tillräckliga för att upptaga de läkare, hvilka efter införandet af här föreslagna bestämmelser skulle söka erhålla dem för att vinna kompetens till de ifrågavarande tjänstläkarbefattningarna. Härvid är emellertid ock att märka, att det under senare tid mången gång visat sig vara förbundet med stora svårigheter att rekrytera underläkartjänsterna vid våra länslasarett. Helt naturligt har detta betingat en återhållsamhet hos vederbörande myndigheter i fråga om upprättandet af nya underläkartjänster. Å andra sidan tveka vi ej att som vår mening uttala, att det för uppehållande af en tillfredsställande sjukvård efter nutidens fordringar föreligger ett synnerligen trängande behof af nya underläkar- eller amanuenstjänster vid flera af våra länslasarett; och då insikten härom är spridd i vida kretsar, torde det vara all grund att vänta, att, därest större trygghet förelåge att erhålla nyupprättade underläkartjänster besatta, nya sådana skulle komma att inrättas i raskare följd, än hvad fallet varit under senare tid.

Det torde således vara tydligt, att den föreslagna praktiska utbildningen utan vidare kan hänvisas till redan befintliga underläkar- och amanuenstjänster. På detta sätt kunde vi således för vårt land vinna en synnerligen enkel lösning af problemet om praktisk läkarutbildning utöfver den, som vinnes vid de kliniska tjänstgöringarna. Det blefve fullkomligt onödigt att här upprätta någon ny organisationsform, utan de unga läkarna hade endast att alldeles som nu själfva söka de ifrågavarande underläkar- och amanuenstjänsterna, hvilka skulle

gifva dem den önskade kompetensen till vissa tjänstläkarbefattningar. Den sedan erforderliga granskningen, huruvida de sökande till de ifrågavarande läkarbefattningarna uppfyllt de nya, nu föreslagna kompetensfordringarna, komme tydligen att ligga hos Medicinalstyrelsen, liksom redan nu är fallet med andra likartade frågor.

Det torde utan vidare vara klart, huru gynnsamt det i ekonomiskt afseende skulle vara för de unga läkarna, att nu befintliga platser kunde motsvara deras behof af utbildning, så att det ej härför behöfde skapas någon ny institution, exempelvis något slag af nya assistentläkarplatser. Ty såsom redan förut är nämndt, skulle läkarna på dessa tydligen ej hafva att förvänta afsevärda inkomster. Hvad angår de nu befintliga utbildningsplatserna, hafva visserligen underläkarna och amanuenserna vid våra kliniker i allmänhet endast små löneförmåner, men å underläkarplatserna vid länslasaretten, hvilka dock utgöra hufvudparten af de befintliga utbildningsplatserna, äro inkomsterna ofta ganska goda (nämligen en kontant lön af omkring 2,000 kronor, allting fritt och dessutom flerstädes extra inkomster). Vid betraktande af samtliga dessa förhållanden torde det utan tvekan kunna sägas, att ehuru den af oss föreslagna reformen skulle ställa ett visst kraf på våra unga läkare, detta kraf dock till sina ekonomiska verkningar skulle vara mycket skonsamt gentemot dem.

Som en ytterligare fördel vid den här föreslagna reformen, jämförd med en för alla läkare obligatorisk, praktisk utbildning före legitimationen, må ock anföras följande: Vid en dylik skulle tydligen hvarje studerande alldeles omedelbart efter aflagd licentiatexamen nödgas bereda sig tillfälle till den föreskrifna tjänstgöringen, enär han först efter fullgörande af densamma skulle erhålla sin legitimation. Med den här föreslagna anordningen blir tydligen behofvet för honom att just vid ett gifvet tillfälle skaffa sig denna tjänstgöring ej *så* trängande, enär han äfven utan densamma är fullt legitimerad läkare och endast behöfver denna utbildning till den tidpunkt, då han önskar söka några af de här angifna läkarbefattningarna. Det inses lätteligen, hurusom en tillfällig ökning af antalet nyexaminerade licentiater vid den nu föreslagna ordningen skulle bereda mindre svårigheter än därest en för alla läkare före legitimationen obligatorisk tjänstgöring vore föreskrifven.

Det ligger nära till hands att vilja jämföra det här föreslagna sättet att lösa frågan om praktisk läkarutbildning utöfver den för själfva examina erforderliga med de sätt, hvarpå denna fråga lösts i Tyskland och Danmark. Vi anse oss ej här behöfva lämna någon framställning angående de ifrågava-

rande anordningarna i dessa bägge länder, då undertecknade *Eurén* och *Petrén* därom nyligen lämnat en redogörelse i sin till statsrådet och chefen för kungl. ecklesiastikdepartementet ingifna reseberättelse. Jämförelsen visar, att den här för Sverige föreslagna anordningen är synnerligen olik den i de bägge nämnda länderna befintliga. Att märka är emellertid, att mellan Tyskland och Danmark ingalunda öfverensstämmelse råder i detta afseende, utan att man i dessa bägge länder sökt lösa frågan om denna praktiska läkarutbildning på mycket vidt skilda vägar. Det torde också ur alla synpunkter vara den riktigaste utvägen att lösa en sådan fråga i den närmaste anslutning till redan bestående, för hvarje land säregna förhållanden. Det torde utan den ringaste tvekan kunna uttalas, att den här föreslagna ordningen skulle innebära en vida bättre lösning än den man kommit till i Tyskland, där dock de stora förhållandena och det mycket stora antalet läkare göra en god och tillfredsställande organisation af en fråga sådan som denna synnerligen svår. Jämförelsen med andra länder ger vidare vid handen, att Sverige genom sitt stora antal relativt väl aflönade underläkarplatser äger förutsättningar att lösa detta problem på ett för de unga läkarna i ekonomiskt afseende tillfredsställande sätt, till hvilket motsvarighet ej torde stå att finna i andra länder.

Det af oss föreslagna sättet till frågans lösning kan ock i själfva verket betecknas såsom endast en utveckling och ett lagfästande af redan bestående förhållanden i vårt land.

Vid behandlingen inom Medicinalstyrelsen af universitetsexamenskommitténs förslag till ny medicinisk examensstadga framhöll Styrelsen, såsom förut är antydt, med stor bestämdhet, att ytterligare praktisk utbildning vore för våra läkare erforderlig. Ehuru läkarutbildningen i Sverige just med hänsyn till tillfälle till praktisk öfning samt till beröring med patienter — såsom nogsamt bekant torde vara och såsom äfven tydligt framgår ur skildringen i den af undertecknade *Eurén* och *Petrén* ingifna, ofvan omförmälda reseberättelse — är bättre än i andra länder, så vilja vi icke desto mindre äfven för vår del biträda meningen om önskvärdheten af större praktisk utbildning för de unga läkarna. Med afseende på formen, under hvilken denna ökade praktiska utbildning bör lämnas, anse vi, att en alldeles afgörande vikt måste läggas därpå, att denna öfning vinnes under ett sjukvårdsarbete, som har en viss grad af själfständighet och således också blir förbundet med ansvar i motsvarande grad. Detta torde emellertid aldrig låta förena sig med kliniska tjänstgöringar, under det att denna fordran på den praktiska utbildningen synnerligen väl tillgodoses genom

den här föreslagna ordningen att förlägga densamma till amanuens- och underläkarplatser. Vi finna det således tydligt, att vi med vårt förslag befinna oss i öfverensstämmelse med den allmänna önskan, som Medicinalstyrelsen i sitt ofvan nämnda utlåtande uttalat; och ehuru förslaget om obligatorisk praktisk utbildning begränsats till blott vissa slag af tjänsteläkare, så torde det väl knappast vara tvifvel därom, att denna praktiska utbildning därmed vunnits just för de kategorier af läkare, hvilkas utbildning Styrelsen för sin del torde anse som allra viktigast.

Om det också synes oss tydligt, såsom den ofvan lämnade utredningen ger vid handen, att de redan befintliga amanuens- och underläkartjänsterna för närvarande fullt skulle förslå för det behof af utbildningsplatser, som de här föreslagna bestämmelserna skulle skapa, så är det å andra sidan uppenbart, att det ej låter sig med bestämdhet förutsägas, om så äfven i all framtid kommer att blifva förhållandet. Det låter nämligen tänka sig, att en ny större tillströmning af medicine studerande åter kan förekomma. Tydligt är då, att antalet unga läkare, som ville förskaffa sig sådan kompetens, som den här föreslagna utbildningen skulle betinga, kunde blifva större än antalet tillgängliga platser. Emellertid kan häremot anföras, att det skulle kräfvas en synnerligen betydande ökning af tillströmningen till läkarbanan, innan nuvarande antalet platser — eller rättare det antal platser, som då skulle finnas, hvilket nämligen med fullkomlig visshet kan förutsättas att vara större än det nuvarande — skulle blifva otillräckligt. Härvid är ock att märka, att det för tjänstgöringarna å Serafimerlasarettets medicinska och kirurgiska kliniker bestämda maximiantalet — fyrtio — innebär en bestämd begränsning af antalet utexaminerade läkare. Då tjänstgöringen vid nämnda kliniker enligt den nya examensstadgan begränsats till högst 4 månader å hvardera, skulle härigenom ett årligt antal af nya läkare intill 120 vara möjliggjordt — en betydligt större siffra än den faktiska för de senare åren. Det tyckes vara all anledning antaga, att, så länge antalet nyblifna läkare per år ej öfverstiger denna siffra, 120, det befintliga antalet utbildningsplatser skulle förslå för den bland läkarne, som kunde tänkas att eftersträfva denna utbildning. Det framgår sålunda häraf, att för åtskillig tid framåt man har all anledning vänta, att de här föreslagna bestämmelserna skola visa sig i alla afseenden lätt genomförbara. Först om tillströmningen till den medicinska banan blefve så väsentligt ökad, att den nu stipulerade begränsningen vid Serafimerlasarettets kliniker blefve på något sätt förändrad, kunde det antagas, att antalet befintliga utbild-

ningsplatser blefve otillräckligt. Tydligen blefve det tids nog den gång, denna aflägsna möjlighet blefve förverkligad, att taga i öfvervägande, hvilken omorganisation — såsom skapande af särskilda nya assistentbeställningar vid därför lämpade sjukhus — af den föreslagna anordningen, som då blefve behöflig.

De af oss sålunda förordade bestämmelser om viss tids praktisk sjukhustjänstgöring såsom villkor för kompetens till vissa läkartjänster påkalla naturligtvis icke några ändringar i eller tillägg till den nya examensstadgan. Sin rätta plats torde de erhålla, om de införas i de särskilda författningar, hvilka innehålla föreskrifter om behörighet till ifrågavarande olika läkarbefattningar.

Då det blifvit ifrågasatt, att praktisk utbildning på epidemiologiens och lungtuberkulosens områden skulle kunna ingå såsom led i den praktiska utbildningen efter medicine licentiatexamen, anse vi oss böra här till behandling upptaga nämnda viktiga spörsmål. Under hänvisning till hvad i de sakkunniges utlåtande den 27 november 1906, angående förslag till ny examensstadga m. m., härom blifvit uttaladt, få vi i fråga om undervisningen rörande *lungtuberkulosen* här vidare anföra, att den af oss ofvan föreslagna praktiska utbildningen efter licentiatexamen i ej ringa grad kan komma jämväl utbildningen på tuberkulosens område tillgodo, enär redan åtta underläkar- eller amanuensplatser finnas vid sjukvårdsanstalter och sjukvårdsafdelningar för tuberkulos — nämligen fem vid lungsotssanatorierna, två vid tuberkulosafdelningen å sjukhuset S:t Göran och en vid bröstkliniken vid akademiska sjukhuset i Uppsala, samt tjänstgöring vid dessa skulle kunna med fyra månader inräknas i den här föreslagna utbildningstiden. Därjämte är att märka, att antalet sjukvårdsanstalter för tuberkulösa inom kort tid antagligen kommer att afsevärdt ökas genom inrättandet af nya sådana. Några särskilda bestämmelser, utöfver hvad dels redan finnes stadgadt och dels här ofvan blifvit af oss föreslaget i fråga om praktisk utbildning i allmänhet efter aflagd medicine licentiatexamen, anse vi således icke vara i nu ifrågavarande hänseende af behof påkallade.

Hvad däremot angår *epidemiologien* vilja vi påpeka, att den form, vi föreslagit för den praktiska sjukhustjänstgöringen efter licentiatexamen, ej låter en utbildning i epidemiologi komma ett större antal läkare till godo. Med hänsyn till den synnerligen stora praktiska betydelsen af en sådan utbildning, är det gifvetvis nödvändigt att på annan väg sörja för att undervisning i epidemiologi må komma till stånd. Detta är så mycket

nödvändigare, som, enligt vår åsikt, praktisk förfarenhet på detta område bör fordras hos *alla* läkare; och detta torde icke kunna åstadkommas annorledes än genom anordnande af obligatorisk assistenttjänstgöring vid epidemisjukhus för medicine licentiatexamen. Så snart alltså möjlighet till dylik assistenttjänstgöring blifvit beredd, för hvilket ändamål åtgärder enligt vår mening böra med första vidtagas, borde ett tillägg till den nya stadgan angående medicinska examina göras, innefattande bestämmelse om sådan obligatorisk assistenttjänstgöring; och anse vi tiden för densamma böra lämpligen fastställas till en månad.

— — — — — — — — — — — — — — — — —

Stockholm den 13 nov. 1907.

Olof Hammarsten.

Carl Sundberg. *Jacques Borelius.*

Karl Petrén. *Axel Eurén.*

Otto Croneborg.

— — - —

Hvarjehanda notiser.

Vid **Gestriklands läkarförenings** sammanträde i Gäfle den 13 dec. utsågs styrelse för år 1908 och återvaldes härtill, till ordförande d:r R. Sandberg, till sekreterare d:r R. Hartelius samt till skattmästare d:r N. Sparrman.

Från de af föreningen utsedde kommitterade, doktorerna C. Larson, R. von Post, K. Kastman och R. Hartelius för afgifvande af förslag till utlåtande om d:r Sundells motion angående kollektivackord, hade inkommit en skrifvelse, som af föreningen till alla delar godkändes. Denna skrifvelse var af följande lydelse:

Gestriklands läkarförening uttalar sin sympati för förslaget, men anser att kollektivackord af flere skäl för närvarande ej kunna afskaffas, bland andra därför att flere e. provinsialläkarebefattningar såsom Ljusne, Sandviken, Hofors m. fl. vid hvilka arbetsgifvarne ensamma betala läkarens hela aflöning, i själfva verket äro att anse såsom kollektivackord.

Med afseende å taxan för kollektivackord vill föreningen för sin del godkänna den af d:r Sundell föreslagna arvodesberäkningen, dock att vid ackorder med fabriker, verkstäder etc. liggande på mer än 2 kilometers afstånd från läkarens bostad, ackordet må utgå med hälften af den föreslagna taxan, men i stället hvarje resa betalas efter gällande taxa (tillsvidare provinsialläkaretaxan).

De öfriga bestämmelserna angående skyldigheterna vid kollektivackord, afgifvande af intyg etc. godkännas.

— - - - -

Offentliga underrättelser.

Lediga tjänster:

[1]) betecknar. att ansökan ställes till Konungen och inlämnas hos Med.-styr:n: [2]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas därstädes: [3]) att ansökan ställes till Med.-styr:n och inlämnas hos vederbörande hospitals- eller lasarettsdirektion.

	Ansökningstiden utgår:
Hosp.-läk.-tj:n i Piteå[2]) *(nyinrättad)*	30 dec.
En bat.-läk.-tj. v. Svea trängkår[1])	7 jan.

Prov.-läk.-tj:n i Slite distr.[1]) 11 jan.
Ex. prov.-läk.-tj:n i Ljugarns distr.[1]) *(nyinrättad: ånyo* ledigförklarad; distr. omfattar Garde, Laus, Alskogs, Ardre, Ala, Gammelgarns och Kräcklingbo socknar af Gottlands län med läk. station i Ljugarn; lön: 2,425 kr.) 11 jan.
Extra prov.-läk.-tj:n i Klintehamns distr. (ledig på grund af förre innehafvarens förflyttning; sökes hos distr.-styrelsen, adr. Klintehamn) 16 jan.
Las-underläk.-tj:n i Lidköping[1]) (löneförmåner: 1,800 kr. + bostad och vivre) 17 jan.
Reg:tsläk.-tj:n v. Lifreg:tets dragoner[1]) 18 jan.
Prov.-läk.-tj:n i Hjo distr.[1]) 20 jan.
Ex. prov.-läk.-tj:n i Fjällbacka distr. (distr. omfattar Qville, Svenneby och Bottna socknar samt Fjällbacka kapellag i Bohuslän; lön: 1,500 kr; sökes hos distr.-styrelsens ordf., prosten C. A. Uddgren, adr. Qville) 20 jan.
Underläk.-tj:n v. lasarettet i Helsingborg[1]) löneförmåner: 1,500 kr. + bostad och kost) 20 jan.

Lediga apoteksinrättningar:

Apoteket i Sollefteå (priv. uppskattadt till 112,000 kr.) 13 jan.

Lediga resestipendier:

Resestipendier à högst 500 kr. under 1908 för 1:e prov.-, prov.-, extra och bitr. prov.- samt stads. läkare[1]) 31 dec.
Resestipendier à högst 500 kr. under 1908 för ordinarie läkare vid länslasarett och därmed likställda sjukhus[1]) 31 dec.
Ett resestipendium à 500 kr. för vid rikets hospital och asyler anställda läkare[1]) 31 dec.

Af Kungl. Maj:t utnämnda och transporterade:

Till fältläkare och byråchef i arméförvaltningens sjukvårdsstyrelse: fördeln.-läk. *C. I. Bohman.*
Till assistent vid samma styrelse: bat.-läk. *A. I. Dahlheim.*
Till fältläk.-stip. i reserven: kand. *H. V. von Holst.*

Af Med.-styr:n utnämnda och förordnade:

Till extra prov.-läk. i Enångers distr. (t. o. m. 1908): lic. *E. V. B. Egerström.*
Till underläk. v. garn.-sjukhuset 1 jan.—30 juni 1908: lic. *Johannes Ljunggren.*

Afsked (eller entled.) beviljadt:

Las.-underläk. i Växjö *Ch. Lundberg* (31 dec.).

Af Med.-styr:n upprättade förslag:

Till *prov.-läk.-tj:n i Sundsvall:* J. R. Hahn (förord), C. Dahlborg, C. O. Elfström (G. Törnell hade återtagit sin ansökan).

Tillförordnade:

Under vakans (v.); under innehafvarens semester (s.) eller tjänstledighet (t.)

Lic. *V. Boivie* t. f. lasunderläk. i Växjö 1 jan. (v).
Bitr. prov.-läk. *E. Bjerner* t. f. 1:e prov.-läk. i Gäfleborgs län och lic. *R. Hartelius* t. f. bitr. prov.-läk. i Gäfle distr. 17—31 dec. (s).
Lic. *E. Tengwall* t. f. las.-läk. i Växjö *ett år* fr. 1 jan. (t).
Lic. *G. H. Allvin* t. f. prov.-läk. i Hjo fortf. (v).
Lic. *O. Ottosson* t. f. hosp.-läk. i Piteå fr. 1 jan. (v).
Kand. *Boberg* t. f. bitr. hosp.-läk. i Växjö fr. 1 jan. (v).

ST.

[redacted]

22[redacted]